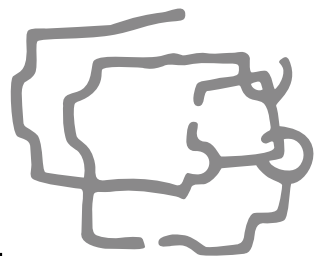


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVII nº 65 Julio 2021



Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XV



Nº 57



Nº 58



Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

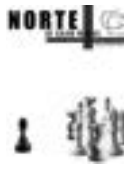
Volumen VIII



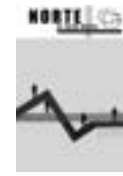
Nº 33



Nº 34



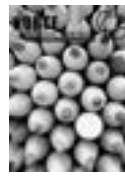
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Grande, Éida
Jiménez, Ana María
Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Desviat, Manuel	Insua, Patricia	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Lamas, Santiago	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lasa, Alberto	Pradana, M ^a Luz
Álvarez, José M ^a	Estévez, Juan Antonio	Levav, Isaac	Redero, José María
Aparicio, Víctor	Fernández Liria, Alberto	Marín, Mónica	Rendueles, Guillermo
Arias, Paz	Ferrera, Beatriz	Marqués, M. José	Retolaza, Ander
Ballesteros, Javier	García Soriano, Maite	Marquínez, Fernando	Rodríguez, Beatriz
Barrenetxea, Olatz	Gay, Eudoxia	Martínez-Azumendi, Óscar	Rotelli, Franco
Berrios, Germán E.	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Sánchez, Cosme
Bravo, Mari Fe	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Sánchez-C., M. Luisa
Caldas d'Almeida, José	González Lorenzo, Félix A.	Meana, Javier	Saraceno, Benedetto
Carranza, Arturo	González-Pinto, Rodrigo	Meneses, Carmen	Sepúlveda, Rafael
Castro, Mercedes	González Saiz, Francisco	Mezzich, Juan	Serrano, Javier
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Soler, M ^a del Mar
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Susparregui, J. M ^a
Cifre, Antonia	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Tarí, Antonio
Colina, Fernando	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Thornicroft, Graham
Comelles, Josep M ^a	Hernández Padilla, María	Pacheco, Luis	Tizón, Jorge Luis
Del Rio, Francisco	Huertas, Rafael	Pérez, Alicia	Valverde, Mikel
De la Rica, José Antonio	Inchauspe, Jose Antonio	Pérez-S, Pau	Villasante, Olga

- ✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Access Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XVII nº 65, julio 2021

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

OME • c/Araba, 6 bajo (entrada por c/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

revistanorte@ome-aen.org

Autor portada: L F Gómez-Pérez Redondas.

Título obra: Stultifera navis.

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

Publicación semestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros. Instituciones 150 euros.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental 65. Julio 2021

Editorial	5
• Celebrando 20 años de “Norte de Salud Mental”. <i>Óscar Martínez Azumendi.</i>	7
Originales y revisiones	9
• Eficacia de un programa Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction) en psicoterapeutas: una propuesta 2.o. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	11
• El amor sin (te) Amo. Del amor en los tiempos modernos. <i>Jessica Velardo Tierno.</i>	25
• El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. <i>Claudia Calderón Calvo.</i>	34
• Hábitos de consumo de drogas en la comarca de las Encartaciones, Bizkaia. <i>Ariadna Bahón, Naiara Ozamiz-Etxebarria, Maitane Picaza y Naiara Bilbao.</i>	48
• La contratransferencia: “Desde la Otra silla”. <i>Adriana Pérez Requena.</i>	54
• Redescubriendo capacidades. <i>Alberto García, Basilisa Monzón, Sara Bermúdez, Roberto Pompa, Irene Caro, Paloma Azahara Simón, Claudia Patricia de Miguel, Mónica Sánchez, Izaskun Varela, Vanessa Fuente.</i>	64
• Importancia del insight y la intuición en la psicopatología actual. <i>José M. Bertolín-Guillén.</i>	72
Pre-ocupaciones	77
• La presencia de la sociedad civil en prisión: generando espacios sanos en un contexto insano. <i>Virginia Pareja.</i>	79
• Arte, creatividad y terapias. <i>Iñaki Markez.</i>	89
• Tras un año de pandemia covid-19, prioricemos la salud física, mental y emocional. <i>Fernando Marquínez Bascones.</i>	95
• Como los cangrejos. A cuarenta años de la Ley Orgánica General Penitenciaria. <i>Ana Gordaliza.</i>	97
• El juego en la psico(pato)logía de la vida cotidiana. Consideraciones previas y delimitación del marco conceptual. <i>Javier Lacruz Navas, Cristina Equiza López, Lara Lacruz Bellido.</i>	107
Historia	115
• Ante el fallecimiento de Nicolás Caparrós. <i>Begoña Olabarría /Antonio Espino.</i>	117
• Hace ya algún tiempo: Jaime Vera López (1858-1918). Un psiquiatra en los orígenes del PSOE. <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	124
• Julian Paul Leff in memoriam (1938-2021). <i>Ander Retolaza.</i>	135
Actualizaciones	137
• La vida en cuatro letras: Claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. <i>Carlos López-Otín.</i>	139
• La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX). <i>Ricardo Campos.</i>	142
• De la Sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. Miradas desde Freud a Garma, dentro y fuera del Psicoanálisis. <i>Iñaki Markez.</i>	144
• Abrazar al monstruo. Manual del método psicoterapéutico NUR para el tratamiento del trauma. <i>Nuria Montejo Moreno.</i>	145
• Foucaultiana. <i>Fernando Colina.</i>	146
• Psicología del embarazo desde una perspectiva sistémica. <i>Ibone Olza, Patricia Fernández Lorenzo.</i>	147
• Desinserciones y lazo social. Una práctica orientada por la singularidad. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	148

Summary

NORTE de salud mental 65. July 2021

Editorial	5
• 20 years of the “Norte de salud mental”. <i>Óscar Martínez Azumendi.</i>	7
Original and reviews articles	9
• Effectiveness of a Mindfulness Based Stress Reduction program in psychotherapists: a proposal 2.o. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	11
• Love without (I) love (you). About love and the modern times. <i>Jessica Velardo Tierno.</i>	25
• Stigma in people with dual pathology as a barrier access and adherence to care resources. <i>Claudia Calderón Calvo.</i>	34
• Drug consumption habits in the district of Encartaciones, Spain. <i>Ariadna Bahón, Naiara Ozamiz-Etxebarria, Maitane Picaza y Naiara Bilbao.</i>	48
• Countertransference. From the Other chair. <i>Adriana Pérez Requena.</i>	54
• Rediscovering capabilities. <i>Alberto García, Basilisa Monzón, Sara Bermúdez, Roberto Pompa, Irene Caro, Paloma Azahara Simón, Claudia Patricia de Miguel, Mónica Sánchez, Izaskun Varela, Vanessa Fuente.</i>	64
• Importance the insight and intuition in current psychopathology. <i>José M. Bertolín-Guillén.</i>	72
Concerns Challenges	77
• The presence of civil society in prison: Creating healthy spaces in an unhealthy context. <i>Virginia Pareja.</i>	79
• Art, creativity and therapy. <i>Iñaki Markez.</i>	89
• After the pandemic COVID-19 we must get our priorities right. Physical, mental and emotional health, should be on top. <i>Fernando Marquínez Bascones.</i>	95
• Like crabs. Forty years after the General Penitentiary Organic Law. <i>Ana Gordaliza.</i>	97
• The play in the psicho(patho)logy of daily life. Preliminary considerations and delimitation of the conceptual framework. <i>Javier Lacruz Navas, Cristina Equiza López, Lara Lacruz Bellido.</i>	107
History	115
• Nicolas Caparrós, In memoriam. <i>Begoña Olabarría /Antonio Espino.</i>	117
• Some time ago: Jaime Vera López (1858-1918). A psychiatrist at the origins of the PSOE. <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	124
• Julian Paul Leff in memoriam (1938-2021). <i>Ander Retolaza.</i>	135
Book reviews	137
• La vida en cuatro letras: Claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. <i>Carlos López-Otín.</i>	139
• La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX). <i>Ricardo Campos.</i>	142
• De la Sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. Miradas desde Freud a Garma, dentro y fuera del Psicoanálisis. <i>Iñaki Markez.</i>	144
• Abrazar al monstruo. Manual del método psicoterapéutico NUR para el tratamiento del trauma. <i>Nuria Montejo Moreno.</i>	145
• Foucaultiana. <i>Fernando Colina.</i>	146
• Psicología del embarazo desde una perspectiva sistémica. <i>Ibone Olza, Patricia Fernández Lorenzo.</i>	147
• Desinserciones y lazo social. Una práctica orientada por la singularidad. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	148



EDITORIAL

Celebrando 20 años de “Norte de Salud Mental”.

20 years of the “Norte de salud mental”.

Cuando hace unos meses recibí el último número (64) de *Norte de salud mental*, pensé en la ya larga trayectoria de la revista y su incombustible director-editor-productor, Iñaki Markez, y me sentí agradecido. Son muchos años los que *Norte* nos ha acompañado, casi imperceptiblemente, convirtiéndose con el tiempo en parte de nuestro engranaje profesional. Por *Norte* nos hemos enterado de muchos proyectos cercanos que han aprovechado tan generosa plataforma de divulgación y, lo que me parece todavía más importante, muchos de nosotros hemos podido publicar en sus páginas mejores o peores trabajos que nos han servido de estímulo, algo que hubiera sido muy difícil sin contar con su existencia.

Como parte activa de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Profesionales de Salud Mental, *Norte de salud mental* también ha sido siempre un complemento leal a su hermana mayor, la *Revista de la AEN*, con la que desde un principio rechazó la competencia, habiendo demostrado que hay espacio y contenidos para ambas publicaciones. *Norte*, lo conozco bien desde sus inicios, nunca ha pretendido acceder a los primeros puestos del ranquin editorial entre las publicaciones “psi” y, salvo los imprescindibles ajustes para adaptarse a ciertos requisitos editoriales y el mínimo de calidad exigible, eso le ha permitido poner sus páginas a disposición de todo aquel que tuviera algo que contar o divulgar, generalmente desde una postura comprometida socialmente con la salud y enfermedad mental, los pacientes y sus familias.

Con esas consideraciones en la cabeza, me dirigí a mi biblioteca con la idea de ojear los números coleccionados hasta el momento. Entonces me di cuenta de algo que quizás ni siquiera Iñaki se ha-

bía percatado, que con ese número se cumplían 20 años de la publicación. Muchos años, sin lugar a duda, y siendo un número redondo había que celebrarlo. Máxime teniendo en cuenta que, además, su historia se remonta todavía a unos años antes. Así que se me ha ocurrido esquematizar un poco su historia, para conocimiento de los más jóvenes y refresco de los menos jóvenes, pero sobre todo homenajear y agradecer a Iñaki su labor durante todos estos años.

Todo empezó con la revista GOZE, impulsada a finales de los años 90 por un grupo de entusiastas profesionales que vinieron a constituir la “Academia Vasca de Salud Mental”. Tras la publicación de una serie de números, la revista pareció entrar en una fase de declive editorial. Fue en junio de 1997, iniciando lo que se catalogó como “II época”, cuando Iñaki asumió el envite de su continuación para evitar la desaparición y que fuera *marco para la reflexión, de producción de alternativas, análisis del acontecer en nuestro campo de intervención, debate sobre las investigaciones más recientes o el intercambio de ideas sobre nuevos espacios y experiencias...* Y así fue, sobre todo desde un contexto fundamentalmente local.

Pero, a pesar del entusiasmo, las colaboraciones seguían sin ser lo frecuentes o numerosas como para completar con holgura y suficiente calidad todos los números. Lo que llevó a considerar que quizás el aporte de energía por parte de alguna otra asociación podría ser aconsejable y, en ese sentido, Iñaki tenía fácil en quien pensar. OME-AEN, recién





“resucitada” podría aportar algo, así como beneficiarse de contar también con un vehículo para poder publicar. Fue en octubre de 1999, poco más de dos años después, cuando la cabecera de GOZE incluyó, en diminuta y modesta tipografía, la coletilla “y de la Asociación Vasca de Salud Mental”.

Pero, poco a poco, la Academia Vasca de Salud Mental fue languideciendo, para llegar a su disolución con el cambio de siglo. Fue un momento muy delicado, en el que la revista estuvo a punto de desaparecer también. Recuerdo muy bien las dudas que se barajaron entonces en relación con su supervivencia o no. Iñaki Markez no vaciló y siguió al frente para, ya en marzo de 2001, propiciar una curiosa metamorfosis. La revista, a pesar de mantener el número 11 correspondiente a la numeración iniciada por GOZE en su segunda época, lucía una nueva cabecera (incluido el logotipo de Chillida) muy similar a su predecesora, salvo su anterior nombre (de ciertas reminiscencias lacanianas para los menos enterados). En el editorial de ese número, Iñaki explicaba: *Norte como ‘fin a que se tiende o se pretende conseguir’, diccionario dixit o ‘punto cardinal del horizonte situado frente al observador...’ Norte como punto guía, sin ampulosidad ni pretensiones, hacia donde quisiéramos avanzar en este campo tan controvertido...*



Lo que ahí no explicó es cómo había llegado a la elección del nombre y que ahora aclararemos. No se le ocurrió otra cosa que, en un guiño de reconocimiento a la difunta GOZE, mantener sus dos vocales y buscar una palabra sugerente que las incluyera en ese orden. Y la encontró, *Norte*, sin ocultar también su deseo

de que pudiera ser referente en todo nuestro ámbito geográfico norteño.

Una legítima ambición expansionista que dio sus primeros frutos en junio de 2002, cuando se in-

corporaron dos asociaciones autonómicas de AEN, la castellanoleonesa y la asturiana (esta luego se desligó por dificultades para mantener su propia revista), cuyos socios/as empezaron también a recibir Norte. La idea era ampliar así la cantera de posibles trabajos y amplificar el público lector, pero también aunar esfuerzos económicos que pudieran garantizar su supervivencia, independiente de la publicidad farmacéutica que entonces incluía entre sus páginas. Se unieron al proyecto editorial otras asociaciones autonómicas (Castilla La Mancha, Aragón, Murcia, País Valencia, Baleares, Canarias, Extremadura, Cantabria, Andalucía) aunque algunas posteriormente lo hayan valorado de otros modos pues la cuestión financiera pesa lo suyo.

El asunto de los números me consta que ha sido un quebradero de cabeza y amenaza constante para la estabilidad de la revista. En este sentido, la incorporación de nuevas autonómicas al proyecto editorial ha ido ayudando a capear (mejor o peor) las dificultades, y la disponibilidad gratuita de todos los números en Internet han ayudado a su visibilidad, incluso allende los mares.

Bueno, y con esto acabo. Es reconfortante saber que la nueva junta de OME-AEN tiene a *NORTE* entre sus principales objetivos del plan estratégico para los años venideros. Eso nos permitirá seguir celebrando aniversarios y, sobre todo, seguir contando con un cercano medio de expresión en defensa de la salud mental.

Mientras tanto, ¡felicidades, *Norte de salud mental!* por tan lozano aniversario!, pero, sobre todo, ¡enhorabuena y gracias, Iñaki, por el buen trabajo realizado! Zorionak!

Óscar Martínez Azumendi
Ex-director de la *Revista AEN*.





ORIGINALES Y REVISIONES

Eficacia de un programa Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction) en psicoterapeutas: una propuesta 2.o.

Effectiveness of a Mindfulness Based Stress Reduction program in psychotherapists: a proposal 2.o.

Luis Fernando López Martínez.

Psicólogo Gral. Sanitario. Psicoterapeuta. Codirector Proyecto ISNISS.

Resumen:

Objetivos: Evaluar la eficacia de una técnica de mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction) en entornos tecnológicos de información y comunicación (TIC´s) para el desarrollo de la conciencia plena y la disminución de los niveles de estrés en un grupo de psicoterapeutas. Adicionalmente se pretende conocer si las TIC´s son medios adecuados para la implantación de programas de intervención en el ámbito de salud.

Diseño: No experimental intrasujeto, pre-post de medidas repetidas.

Emplazamiento: Internet, redes sociales y medios TIC.

Participantes: 23 psicoterapeutas, formados en psicoterapia gestalt, matriculados online para el aprovechamiento del curso Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Intervención: Los participantes fueron instruidos en un programa de entrenamiento mindfulness (MBSR) en entornos TIC´s para la conciencia plena y la disminución de los niveles de estrés asociados a la profesión psicoterapéutica.

Mediciones: Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14) antes y después del programa de intervención.

Resultados: Se observó una disminución de los niveles de estrés percibido estadísticamente significativa ($p=.000$) tras la práctica de mindfulness en entornos TIC´s, al comparar sus puntuaciones totales en las mediciones pretest-postest.

Conclusiones: Los resultados apoyan la eficacia de la técnica mindfulness en entornos TIC´s para la reducción del estrés percibido. El estudio presenta importantes limitaciones a tener en consideración en investigaciones futuras.

Palabras clave: mindfulness, estrés, psicoterapeutas, conciencia plena, TIC y Salud.



Abstract:

Objectives: To evaluate the effectiveness of a mindfulness technique (Mindfulness Based Stress Reduction) in information and communication technology environments (ICT) for the development of full awareness and the reduction of stress levels in a group of psychotherapists. Additionally, it is intended to know if ICTs are adequate means for the implementation of intervention programs in the health field.

Design: No experimental intra-subject, pre-post repeated measures.

Location: Internet, social networking and media-ICT.

Participants: 23 psychotherapists, trained in gestalt psychotherapy, enrolled online to take advantage of the Mindfulness Based Stress Reduction course (MBSR).

Intervention: The participants were instructed in a mindfulness training program (MBSR) in ICT environments for full awareness and the reduction of stress levels associated with the psychotherapeutic profession.

Measurements: Cohen's Perceived Stress Scale (PSS-14) before and after the intervention program.

Results: A statistically significant decrease in the levels of perceived stress ($p = .000$) was observed after the practice of mindfulness in ICT environments, when comparing their total scores in the pretest-posttest measurements.

Conclusions: The results support the effectiveness of the mindfulness technique in ICT environments for the reduction of perceived stress. The study presents important limitations to be taken into consideration in future research.

Keywords: meditation, stress, psychotherapists, mindfulness, TIC and health.

1. Introducción

La elaboración del presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal, evaluar la eficacia de un programa de mindfulness basado en la conciencia plena (*mindfulness based stress reduction*) en la reducción de los niveles de estrés de profesionales de la salud, en concreto psicoterapeutas de orientación humanista, mediante la aplicación de un programa de formación 2.0, basado en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, en adelante, las TIC's.

El estrés, es probablemente identificado como el mayor riesgo psicosocial para la salud en diferentes profesiones. Y dentro de los diferentes niveles y puestos de trabajo, las denominadas asistenciales, parecen ser las más predispuestas a desarrollarlo, con un impacto negativo en la salud física y psicológica, siendo relacionado con

diferentes síntomas, enfermedades, alteraciones psicológicas y comportamentales (Alfaro, y Sánchez, 2004).

El estrés, siguiendo la terminología aportada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud laboral (Cox, Griffllitis y Rial, 2002), define al mismo como "[...] *las circunstancias en las que las demandas del trabajo exceden las capacidades de las personas para afrontarlas o superarlas [...]*". Circunstancias que, según la propia Agencia, afecta de un modo significativo al 28% de los trabajadores europeos y provoca el 50% de las bajas en los países de la Unión Europea (Alfaro y Sánchez, 2004).

Esta breve aproximación introductoria el término "*estrés*", a pesar de no existir consenso unánime respecto a su definición, nos acerca a la complejidad del fenómeno y sus implicaciones clínicas

y sociales, así como la necesidad de estrategias y técnicas eficaces para su prevención y/o tratamiento. Sin embargo, a pesar de la variedad terminológica que diversos académicos han elaborado a lo largo de los años (Skeat, 1989; Seyle, 1976; Lazarus y Folkman, 1984; Edwards, 1988; Lipowsky, 1975; citados en Alfaro y Sánchez, 2004), coinciden en la dificultad de abordaje del fenómeno que es calificado por la comunidad científica de síndrome (Ruiz de Galarreta, 2001).

Un síndrome, en definitiva, que, de un modo directo o indirecto, es considerado como el principal causante del absentismo laboral, siendo especialmente sensible en profesiones asistenciales como las sanitarias, y dentro de ellas, las relacionadas con el acompañamiento psicoterapéutico (García, Sánchez, Fernández, González y Conde, 2001). Son diversos los estudios, en consonancia con lo expuesto, que relacionan estrés y profesión sanitaria (De Lorenzo, 1997), y que señalan el alto nivel de estrés que padecen los trabajadores de la salud, y que conllevan en la mayoría de las ocasiones, cuadros de depresión y ansiedad, enfermedades psicosomáticas e inclusive trastornos neuróticos (De las Cuevas, González, De la Fuente, Alviani y Ruiz, 1997).

El estrés, en pocas palabras, es un problema de salud laboral que constituye un serio desafío de atención y salud pública, al concluirse en diversos estudios que los niveles de ansiedad y estrés en profesionales sanitarios –entre moderado y grave–, oscilan entre el 10-30% (Franco, 2010). Un impacto que, según los datos obrantes, afecta anualmente a un 15-20% de la población española, donde se aprecia una clara diferenciación de sexo, al ser las mujeres especialmente afectadas por esta tipología patológica, constituyendo dos terceras partes de población general afectada (García, Muiños, Ferrer y Tous, 2012). Este hecho es de especial trascendencia, dada la feminización de las profesiones sanitarias, al constituir según la Encuesta de Población Activa (EPA, 2018), el 77,69% del personal laboral que trabaja en la sanidad pública y privada.

Los diferentes estudios realizados en torno a la incidencia del estrés en la salud de los diferentes profesionales del entorno sanitario, así como las graves consecuencias que conlleva su falta de prevención, intervención y/o rehabilitación

-prevención primaria, secundaria y terciaria-, sorprenden, dada la gravedad del fenómeno, en la carencia de programas oficiales de formación continua en la sanidad española que incluyan técnicas de reducción del estrés. Sin embargo, el trabajo de autores como Martín, García y Benito (2005), muestran cómo determinadas técnicas han comenzado a aplicarse con éxito en profesionales de la salud. Hablamos de un nuevo programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena o *mindfulness based stress reduction* (MBSR), cuyas pruebas de efectividad han sido demostradas para el estrés en general y en diversos trastornos de ansiedad (Bertolin, 2015).

El término Mindfulness ha mantenido un creciente interés en Occidente por su aplicación al bienestar y salud de las personas (Moñivas, García, García de Silva, 2012)-. Un impulso, que ha tomado notoriedad de la mano de Jon Kabat-Zinn (2003) al aplicar su metodología en la disminución del estrés mediante su novedoso programa MBSR, como herramienta de control emocional y fisiológico (Vallejo, 2006).

En la actualidad, el número de investigaciones relacionadas con la incidencia del síndrome en los profesionales sanitarios ha crecido de modo exponencial y de modo paralelo a los estudios en intervenciones terapéuticas basadas en mindfulness (MBSR). Dichos estudios, a pesar de no ser abordados para la población profesional sanitaria diana del presente estudio, han mostrado una moderada evidencia científica con resultados positivos y esperanzadores, mostrando una mejora de la salud general de sus participantes, disminuyendo la tensión emocional y reduciendo el estrés asociado a sus profesiones de ayuda.

De igual modo, los resultados sugieren que los programas de reducción del estrés, basados en MBSR, son de bajo coste y de relativa facilidad para ser implementados en políticas de salud laboral, cuyo éxito puede adaptarse de modo socio-profesional a diferentes áreas de actuación. En definitiva, las intervenciones basadas en la atención plena suponen *de facto* una auténtica revolución terapéutica más allá de la clínica, asumiendo un importante papel de prevención en la salud de los trabajadores y en la economía social.

Ésta es la base que asienta el objeto de investigación del presente estudio, al cuestionarnos si los resultados de las investigaciones obrantes en la última década que apoyan el mindfulness como intervención para reducir el estrés, mejorar la empatía y como habilidad terapéutica, permite su entrenamiento y formación educacional a través de las tecnologías de información y comunicación, las conocidas como TIC's.

2. Marco metodológico

2.1. Objetivo / Hipótesis

Los **objetivos** de la presente investigación son:

- **Objetivo general:** conocer la eficacia de una intervención mindfulness en profesionales de la salud, basada en la conciencia plena (MBSR), mediante un plan de intervención 2.0 en la variable estrés.
- **Objetivos específicos:** **1)** Establecimiento de un programa de intervención basado en mindfulness (MBSR) en entornos TIC's. // **2)** Valorar a los sujetos de la muestra en la variable estrés pre-post intervención mediante el PSS-14 de Cohen. // **3)** Analizar la eficacia del programa mediante la comparación de medidas pre-post intervención de la muestra seleccionada // **4)** Conocer si las tecnologías de la información y comunicación (TIC) son un medio adecuado para la implantación de programas de intervención en materia de salud.

Atendiendo a las **hipótesis** que van a ser sometidas a contraste, se proponen:

- **Hipótesis nula (H₀):** el entrenamiento en mindfulness en entornos basados en las TIC's, no tendrá efectos significativos en la reducción de la variable estrés.
- **Hipótesis alternativa (H₁):** el entrenamiento en mindfulness en entornos basados en las TIC's mantiene diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la variable estrés.

2.2. Diseño

Dadas las características del estudio, se opta por un diseño no experimental de grupo único, pre-post de medidas repetidas al no realizar ninguna manipulación deliberada ni intencional sobre la

variable independiente. Todos los participantes pasan por las mismas condiciones establecidas en el programa de formación, analizando los efectos de la variable dependiente antes (PRE) y después (POST) de su aplicación.

La asignación de los alumnos al Curso-Estudio *MINDFULNESS 2.0* no es aleatoria ni el factor de exposición manipulado. En consonancia con ello, los fenómenos son analizados tal y como se ofrecen en el contexto natural, que, en el estudio elaborado, debería de puntualizarse como de naturaleza *virtual*, para posteriormente analizar los efectos de la aplicación del programa formativo.

2.3. Población y muestra

La población seleccionada para el presente estudio pertenece al conjunto de profesionales del mundo de la salud, psicoterapeutas de orientación humanista.

La muestra seleccionada se compone de veintitrés (23) personas con atención directa en el entorno sociosanitario. Se han marcado los siguientes criterios:

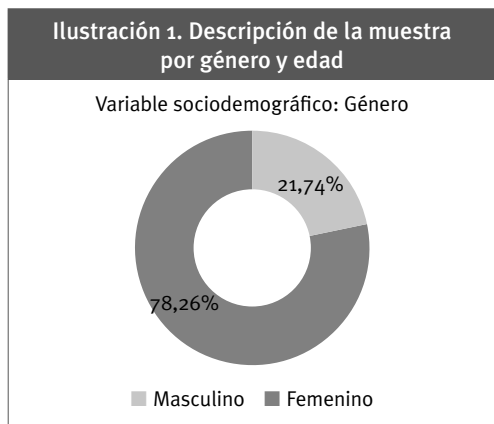
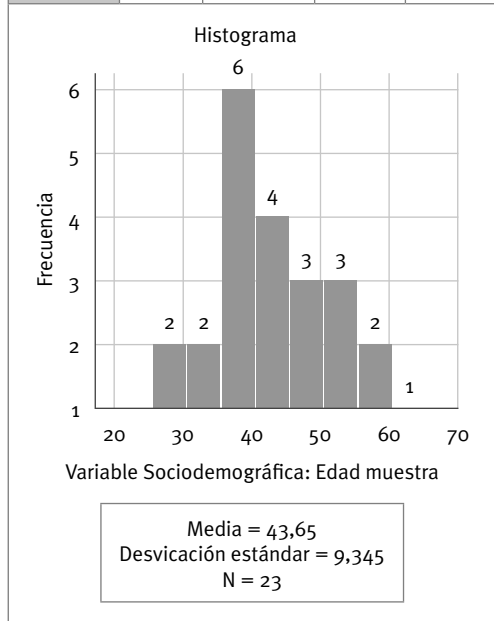
- **Criterios de inclusión:** **1)** Estar en posesión de las siguientes titulaciones: licenciatura o grado en psicología, grado en trabajo social sanitario. // **2)** Poseer una formación en psicoterapia gestáltica igual o superior a 600 horas teórico-prácticas en una escuela reconocida por la FEAP¹ y la AETG². // **3)** Preferentemente en actividad laboral continua igual o superior a 6 meses de antigüedad en el centro o consulta pública/privada.
- **Criterios de exclusión:** **1)** Profesionales sin actividad directa con pacientes o usuarios de modo individual y/o servicios comunitarios. // **2)** Profesionales que hayan participado en programas mindfulness (MBSR) oficiales y estructurados en los 6 meses anteriores al estudio.

1 FEAP. Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, es una institución de carácter no gubernamental y sin ánimo de lucro, que fue creada en el año 1992 con la finalidad de agrupar a la mayor parte de asociaciones científico-profesionales de psicoterapeutas existentes por entonces en España.

2 AETG. Asociación Española de Terapia Gestalt, que acoge entre sus asociados a profesionales y a escuelas de formación con el objetivo de fomentar la correcta práctica de la disciplina y el mejor conocimiento de la Terapia Gestalt, mediante estudios, actividades y jornadas.

La muestra final seleccionada, cumple las siguientes características sociodemográficas (ver tabla 6):

Variables	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad	43,65	9,345	28	63
Hombres	N=5	21,74	37	58
Mujeres	N=18	78,26	28	63
N válido total	N=23			



Del conjunto de profesionales que han mostrado su interés (25 sujetos) para el aprovechamiento del curso, previamente en el proceso de selección, fueron excluidos de la investigación dos (2) candidatos por los siguientes motivos, obteniendo una muestra final de 23 participantes:

- Un primer candidato ha sido excluido del estudio, por participar en programas mindfulness de escuelas privadas en los 6 meses anteriores a la realización de la presente investigación.
- Un segundo candidato ha sido excluido al no presentar la documentación requerida (consentimiento informado) en los plazos y formas descritos en las normas de inscripción tras varios recordatorios emitidos por vías telemáticas.

Los parámetros del estudio y los datos obtenidos para el análisis de los resultados han sido recogidos bajo una participación de naturaleza voluntaria, garantizando la confidencialidad del proceso en consonancia con las garantías éticas académicas y de investigación, así como lo estipulado en consonancia a la LOPD.

2.4. Métodos de medida y variables

El cuestionario usado como método de medida ha sido la **Escala de Estrés Percibido (PSS-14)** de Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983), adaptada para población española por el Dr. Eduardo Remor³. Teniendo en cuenta los parámetros de la presente investigación, se contemplan las siguientes variables (véase tabla 7):

³ Dr. Eduardo Remor (2006). Profesor adscrito al Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Tabla 7. Variables programa Mindfulness 2.0. Instrumentos de medida

Variables programa Mindfulness 2.0		Instrumento	Puntuación de la prueba
Variable independiente	Intervención de programa mindfulness (MBSR) en entornos 2.0	Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14)	Escala Total que puntúa de 0 a 56, dividida en tres niveles: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel Bajo (0-18) • Nivel Medio (19-37) • Nivel Alto (38-56)
Variable dependiente	Estrés		

2.5. Análisis de datos

Para la realización del análisis de datos ha sido usado el programa informático estadístico *SPSS*, en su versión 25.0.

Dado el tamaño de la muestra seleccionada para el estudio ($n = 23$), se han usado pruebas no paramétricas o de distribución libre (Rubio y Berlanga, 2012), al ser la única alternativa cuando el tamaño de la muestra es pequeño ($n < 30$). Detallamos los análisis estadísticos empleados en el estudio:

- Análisis descriptivo de la muestra en la variable estrés: media y desviación típica.
- Prueba estadística no paramétrica *W de Wilcoxon* de comparación de meditaciones de muestras de rangos (medianas), para determinar que la diferencia del nivel de estrés de los psicoterapeutas (antes y después del programa de mindfulness 2.0) sea estadísticamente significativa y no se debe al azar.

3. Programa de intervención

El diseño del programa denominado Mindfulness 2.0, fue desarrollado en su totalidad de forma online gracias a las tecnologías de información y comunicación, en concreto Internet y con el apoyo de las redes sociales.

3.1. Objetivos

El entrenamiento en mindfulness se divide en cuatro (4) sesiones, dirigidas de modo específico a:

- Reducir el estrés, la ansiedad y por tanto la presión arterial.

- Aumentar la memoria y la capacidad de concentración en una tarea.
- Reducir la reactividad emocional y el insomnio.
- Aumentar el funcionamiento del sistema inmunológico.
- Reducir el malestar psicológico, con una gestión eficaz de los pensamientos, sentimientos y emociones, promoviendo estados de plenitud y bienestar.
- Aumentar la capacidad de disfrute y la calidad de vida, sin juicios o críticas.

3.2. Metodología

En cuanto a la intervención ha comprendido un periodo formativo reglado de cuatro (4) semanas de duración, Los datos recogidos del cuestionario PSS-14, han sido únicamente tratados de modo virtual por parte del autor, garantizando su confidencialidad y lo recogido en la Ley Orgánica de Protección de Datos (L.O. 15/1999, de 13 de diciembre).

3.3. Actividades / Sesiones

A continuación, desarrollamos los objetivos específicos del programa Mindfulness 2.0:

Sesiones de Mindfulness 2.0 (MBSR)

Sesión 1. Introducción & Exploración corporal

Objetivos:

- Introducción al mindfulness, presentación del curso.
- Descripción de objetivos, normas y metodología online.
- Práctica introductoria breve al *body scan*, cuerpo, emociones y pensamientos, sin juzgar, sin criticar, con una actitud curiosa, con el rol de observador.
- Entrenamiento en mindfulness: práctica formal (1 día/semana) e informales (7 día /semana) que promuevan la práctica y la conciencia de una forma amable.

Sesión 2. Atención plena

Objetivos:

- Focalizar la atención, de un modo pleno y con conciencia sobre los efectos del estrés.
- Observar cómo los pensamientos favorecen sentimientos y éstos a su vez determinados estados emocionales. Atender cómo el estrés es dependiente de las expectativas internas y externas. Promover la diferencia entre sufrimiento y dolor.

Sesión 3. Tacto y sentidos

Objetivos:

- Promover la conciencia sobre los efectos del estrés.
- Facilitar un acercamiento experiencial libre de prejuicios, miedos o angustias.
- Observación de las consecuencias del estrés sobre lo corporal, lo emocional y lo mental.
- Diferencial entre dolor y sufrimiento desde la concepción mindfulness.
- Evitar el escape psicofisiológico asociado al estrés. Aprender a observar el síndrome, disminuyendo su sobredimensión, viviendo de un modo más satisfactoria y pleno con el medio, con sus demandas (*ciclo de necesidades*).

Sesión 4. Emociones difíciles

Objetivos:

- Afrontar la capacidad relacional con las demandas del medio de un modo saludable.
- Clasificación de las emociones y su relación con los procesos de estrés relacional.
- Entender las emociones como brújulas para promover ajustes en entorno social/personal.
- Observar el mensaje que las emociones aportan a la experiencia y la trayectoria vital.
- Promover estados emocionales favorecedores de estados de salud y bienestar.
- Facilitar el tránsito relacional en emociones difíciles (miedo, rabia, tristeza) y sus estados emocionales aparejados. Objetivo específico: disminuir estrés percibido.

Finalizada la sesión 4 de la cuarta semana del programa, se da por concluido el estudio, emplazando a la confección (post-intervención) del cuestionario de estrés percibido de Cohen (PSS-14) con el que poder analizar los resultados del programa sobre la variable estrés.

5. Resultados

5.1. Medidas pretest (estrés percibido)

Los datos extraídos de la muestra (n=23), previa al programa de intervención, aportan una media de estrés percibido de 26,39 (SD=7,662), con una puntuación máxima de 40 y mínima de 15. Los resultados indican un nivel de estrés medio (entre 19-37).

De igual modo y atendiendo a la división que nos ofrece la escala de estrés percibido de Cohen, en sus tres niveles (puntuación total de 0-56), determinamos la frecuencia obtenida en base a los resultados obtenidos pre-intervención:

- Nivel Bajo (0-18).
- Nivel Medio (19-37).
- Nivel Alto (38-56).

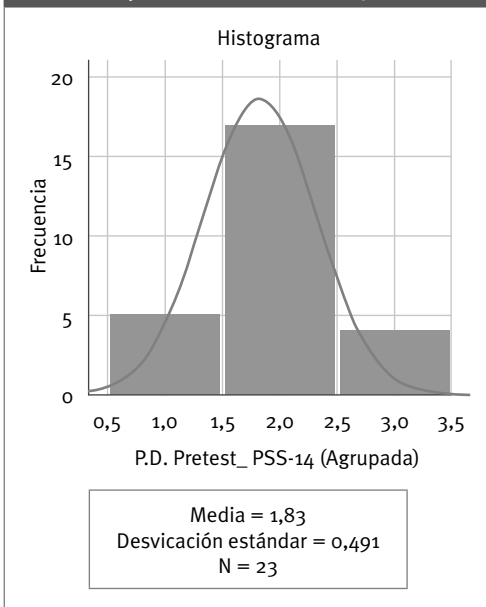
Tabla 8. Media, desviación típica y frecuencia agrupada pretest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
P.D. Pretest_ PSS-14	23	15	40	26,39	7,662
N válido (por lista)	23				

P.D. Pretest_ PSS-14 (Agrupada)

Valido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	<=18	5	21,7	21,7	21,7
	19-37	17	73,9	73,9	95,7
	38-56	1	4,3	4,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Ilustración 2. Frecuencia de resultados obtenidos preintervención (PSS-14 de Cohen)



5.2. Medidas posttest (estrés percibido)

Los datos extraídos tras la intervención Mindfulness 2.0 muestran una media de estrés percibido de 21,17 (SD=4,905), con una puntuación máxima de 33 y mínima de 15. Los resultados indican en la muestra un nivel de estrés medio (entre 19-37).

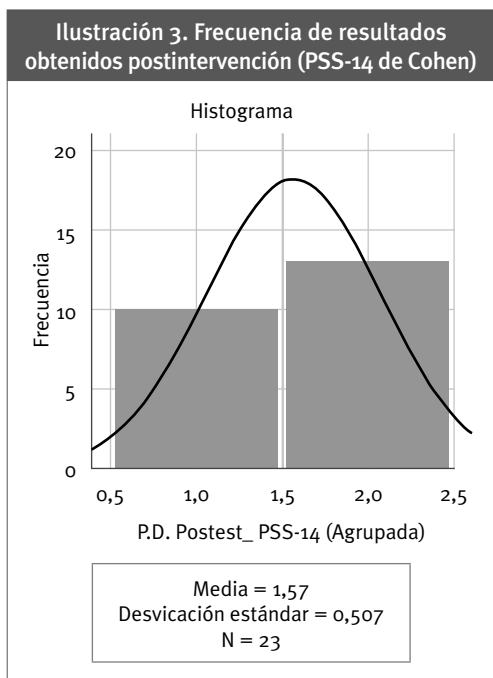
Atendiendo a la división que nos ofrece la escala de estrés percibido de Cohen, en sus tres niveles (puntuación total de 0-56), determinamos la frecuencia obtenida en base a los resultados obtenidos post-intervención:

- Nivel Bajo (0-18).
- Nivel Medio (19-37).
- Nivel Alto (38-56).

Tabla 9. Media, desviación típica y frecuencia agrupada posttest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
P.D. Pretest_ PSS-14	23	15	33	21,17	4,905
N válido (por lista)	23				

P.D. Postest_ PSS-14 (Agrupada)					
Valido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	<=18	10	43,5	43,5	43,5
	19-37	13	56,5	56,5	100,0
	Total	23	100,0	100,0	



5.3. Comparación de medidas pretest-postest

La observación a nivel descriptivo de los datos recogidos postintervención, en comparación con los obtenidos preintervención y previos a

la elaboración del estadístico, muestran una reducción de los niveles de estrés percibido en los sujetos objeto del estudio, no aportando datos en niveles de estrés alto –P.D. entre 38-56– (± 1 sujeto), así como una disminución de los niveles de estrés medio –P.D. entre 19-37– (± 4 sujeto), incrementándose el número de sujetos con una percepción de estrés bajo –P.D. entre 0-18– (± 5 sujeto).

En base a ello, los datos extraídos pretest-postest mediante la comparación de los estadísticos descriptivos y la prueba de “W de Wilcoxon”, con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias, muestran (véase tabla 10 y 11):

- Una disminución de la puntuación pretest (26,39 y SD=7,662) en comparación con los resultados postest (21,17 y SD=4,905), con una diferencia de $\pm 5,22$ puntos en la percepción de estrés percibido al acabar el programa de intervención.
- Una correlación positiva en la percepción de la disminución de estrés tras la intervención de un programa de Mindfulness en entornos virtuales ($r=.821$). La diferencia entre las medidas pre y post intervención es estadísticamente significativa ($p=.000$).

Tabla 10. Comparación estadísticos Pretest-Postest

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error Promedio
P.D. Pretest_PSS_14	26,39	23	7,662	1,589
P.D. Postest_PSS_14	21,17	23	4,905	1,023
		N	Correlación	Sig.
P.D. Pretest_PSS_14 & P.D. Postest_PSS_14		23	,821	,000

Tabla 11. Prueba de W de Wilcoxon

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
P.D. Pretest_PSS_14 P.D. Postest_PSS_14	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	20 ^b	10,50	210,00
	Empates	3 ^c		
	Total	23		

a. P.D. Pretest_PSS-14 < P.D. Postest_PSS-14 b. Pretest_PSS-14 > P.D. Postest_PSS-14
c. Pretest_PSS-14 = P.D. Postest_PSS-14

Estadísticos de prueba^A

	P.D. Pretest_ -P.D. Postest_
Z	-3,932 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000

6. Discusión

En los siguientes apartados, en consonancia con los resultados obtenidos, se procede a aceptar o rechazar las hipótesis sometidas a contraste y planteadas en el estudio.

- Hipótesis nula (H₀): el entrenamiento en mindfulness en entornos basados en las TIC's, no tendrá efectos significativos en la reducción de la variable estrés.
- Hipótesis alternativa (H₁): el entrenamiento en mindfulness en entornos basados en las TIC's mantiene diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la variable estrés.

Las puntuaciones totales aportan puntuaciones medias de estrés pretratamiento (26,39 y SD=7,662) y postratamiento (21,17 y SD=4,905), con una correlación positiva (r=.0821) estadísticamente significativas (p=.000) en la percepción del estrés tras la práctica de mindfulness en entornos TIC's. En base a ello, podemos afirmar que sí existen diferencias estadísticamente significativas (p<.05) en la disminución del estrés percibido postratamiento. En base a ello, se descarta la hipótesis nula (H₀), aceptando la hipótesis alternativa (H₁) del estudio.

7. Conclusiones

En relación con el corpus de datos analizados y en atención a los objetivos planteados en la elaboración del presente estudio, se concluye:

1. Las puntuaciones directas obtenidas pre-intervención Mindfulness 2.0, gracias al uso virtual de la escala de estrés percibido de Cohen (PSS-14), indican que, de la muestra compuesta por 23 participantes, presentaban:
 - a. Nivel de estrés bajo (P.D. 0-18). – Cinco (5) sujetos (21,17%).
 - b. Nivel de estrés medio (P.D. 19-37). – Diecisiete (17) sujetos (73,9%).
 - c. Nivel de estrés alto (P.D. 38-56). – Un (1) sujeto (4,3%).
2. Las puntuaciones directas obtenidas post-intervención Mindfulness 2.0, gracias al uso virtual de la escala de estrés percibido de Cohen (PSS-14), indican que, de la muestra compuesta por 23 participantes, presentaban:
 - a. Nivel de estrés bajo (P.D. 0-18). – Diez (10) sujetos (43,5%)
 - b. Nivel de estrés medio (P.D. 19-37). – Trece (13) sujetos (56,5%)
3. La comparación de medidas nos ofrece unas puntuaciones pretest de 26,39 y SD= 7,662 y postest de 21,17 y SD= 4,905. En base a ello, la atención y entrenamiento en la técnica de Mindfulness 2.0 (MBSR), ha disminuido la percepción del estrés postintervención en la escala de Cohen (PSS-14) en una P.D. de ± 5,22.

4. En relación a la eficacia del programa, se ha obtenido un valor p estadísticamente significativo ($p=.000$) que permite concluir que el entrenamiento en mindfulness en entornos basados en las TIC's disminuye los niveles de estrés percibido en profesionales del mundo de la salud dedicados al acompañamiento terapéutico.
5. En cuanto a la utilidad del entorno, en base a las limitaciones metodológicas sugeridas, atendiendo al tamaño muestral, así como a falta de control de variables extrañas, aleatorización de la muestra y grupo control, no permite generalizar los resultados a la población general de profesionales diana con las debidas garantías.

Contacto

Luis Fernando López Martínez ☎ +34 658 056 656 ✉ luisfernandolm@cop.es
c/ Párroco D. Fernando de Porras, 4 • Morata de Tajuña • 28530 Madrid

8. Referencias bibliográficas

- Abbey, S. (2012). Mindfulness and Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57 (2), 61-62. Recuperado https://www.researchgate.net/publication/221837754_Mindfulness_and_Psychiatry
- Alfaro, A. y Sánchez, J.R. (2004). Estrés laboral y tecnoestrés: un nuevo reto para los recursos humanos. *Revista Andaluza de Relaciones Laborales*, 14, 171-190. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1146719>
- American Psychiatric Association (2018). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5th. ed.) Washington, DC: Panamericana.
- AMM Declaración de Helsinki (2017). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicadas-en-seres-humanos/>
- Baer, R.A. (2014). *Mindfulness para la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinic Psychology*, 7 (2), 323-335. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33717060005.pdf>
- Bertolín, J.M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 289-307. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n126/original4.pdf>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Cardomy, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 230-241. Recuperado de http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/Bishop_et_al.pdf
- Calderón, C., Gómer, N., López, F., Otárola, N. y Briceño, M. (2017). Estructura factorial de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Salud y Sociedad*, 8 (3), 218-226. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439754607002.pdf>
- Campayo, J.V. y Demarzo, M. (2017). ¿Qué es y que no es compasión? En J.V. Campayo y M. Demarzo (Ed.). *Mindfulness y compasión* (29-31). Barcelona: Siglantana.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/bed9/2e978f5bca851a79b16d8499b8ca21eeb3d6.pdf>



- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Cordero, A.M. (2015). *Estrés laboral, fuentes de estrés e inteligencia emocional en los trabajadores del centro de urgencias y emergencias 112 de Extremadura* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz. Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3270/TDUEX_2015_Cordero_Magan.pdf?sequence=1
- Cox, C.B., Griffllitis, A. y Rial, E. (2002). Research on work reletead stress, summary of an Agency report. *European Agency for safety and health at work*. Recuperado de <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/31/en/index.htm>
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A. y Dobos, G. (2012). Mindfulness based stress reduction for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19 (5), 343-352. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457885/pdf/conc-19-e343.pdf>
- Cuevas; C. y López, A.G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114. Recuperado de <https://www.trastornolimito.com/images/stories/pdf/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>
- De las Cuevas, C., González, J.L., De la Fuente, J. A., Alviani, M., Rodríguez, M. y Ruiz, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41 (2), 10-18. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/13893303_Burnout_and_reaction_to_stress
- De Lorenzo, L. (1997). El informe de la OIT, efectos sobre la salud. *Rev. Previsión*, 70. Recuperado de <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang-es/index.htm>
- Fernández, M. (2013). La salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. *Revista Médica Risaralda*, 20 (1), 41-46. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/299360473_La_Salud_20_y_la_atencion_de_la_salud_en_la_era_digital
- Franco, C. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de atención primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness). *Atención Primaria*, 42 (11), 564-570. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3328267>
- García J., Muiños, R., Ferrer, M. y Tous, J. (2012). La ansiedad como estigma: el estereotipo de la persona ansiosa en la población clínica, sanitaria y general. *Anuario de Psicología*, 42 (1), 113-127. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/253526/340312>
- García, D. Sánchez, M.D., Fernández, M.M., González, A. y Conde, J.M. (2001). Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enfermería Clínica*, 11 (2), 65-71. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086210173690X>
- García, M., Vera, J.J. y Sáez, M.C. (1995). Aspectos psicosociales del comportamiento humano en las organizaciones. Barcelona.
- García, M.C. y Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147149810001.pdf>
- Gil-Monte, P.R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 83, 169-173. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28299387_Algunas_razones_para_considerar_los_riesgos_psicosociales_en_el_trabajo_y_sus_consecuencias_en_la_salud_publica
- Gil-Monte, P.R. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: La Psicología de la Salud Ocupacional. *Información Psicológica*, 100, 68-83. Recupe-

- rado <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/102/86>
- EPA (2018). Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa por sexo en profesiones sanitarias. España. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4170>
- Jurado, M.C. (2016). *Programa de intervención para trabajar el estrés a través del mindfulness* (Tesina de Grado). Universidad de Jaén. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4849/1/Jurado_Simarro_Maria_del_Carmen_TFG_Psicologa.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156. Recuperado de http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/Baer_Comment_Kabat-Zinn.pdf
- Kristeller, J.L. y Wolever, R.Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness. Training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61. Recuperado de <http://www.bemindful.org/mbeatx.pdf>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. Recuperado <https://es.scribd.com/doc/316445936/Estres-y-procesos-cognitivos-2-pdf>
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de riesgos Laborales. BOE nº 269 de fecha 10/11/1995). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº 298 de 14/12/1999. Recuperado <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Liétor, N., Ballesteros, F. y Moraleda, S. (2013) Mindfulness en medicina. *Med Fam Andal.*, 14 (2), 166-79. Recuperado http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v14n2/v14n2_07_artRevisión.pdf
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29. Recuperado <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-16.pdf>
- Martín, A., García, G. y Benito, E. (2005). Reducción del estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud. *Análisis y modificación de conducta*, 31 (139), 557-571. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/41561884.pdf>
- Mason, O. y Heargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/11888948_A_qualitative_study_of_mindfulness-based_cognitive_therapy_for_depression
- Moñivas, A., García, G., y García de Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención Plena). Concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89. Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3868103>
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, C. y Jadad, M. (2005). What is eHealth?: a Systematic Review of Published Definitions. *Journal of medical internet research*, 7 (1). Recuperado de <https://asset.jmir.pub/assets/c8e2e21058bd81bab7e7db3a6b79556b.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe de la Secretaría sobre Cybersalud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_21-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe del observatorio mundial OMS de Ciber-salud. Building Foundations for eHealth*. Recuperado de <http://www.who.int/goe/publications/Spanish.pdf>
- Peiró, J.M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 13, 18-38. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000036&pid=S0120-5552201400010000100010&lng=en
- Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles*

- del Psicólogo*, 28 (1), 68-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28249621_Estres_laboral_liderazgo_y_salud_organizacional
- Pérez, D., García, J., García, T.E., Ortiz, D. y Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre el estrés, salud y creencias de control para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30 (3), 354-363. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcub/medgenint/cmi-2014/cmi143i.pdf>
- Renna, J., Hurtado, E., Herrero, R. y Ruiz, S. (2004). Tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la educación médica continua. *Gac. Méd. Mex.* 140 (1), 71-76. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-v140_s1_71-76.pdf
- Rubio, M. J. y Berlanga, V. (2012) Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. Caso práctico. *Reire*, 5 (2), 101-113. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/REIRE/article/download/255793/342836>
- Ruiz De Galarreta, G. (2001). El estrés laboral en el sector de la banca en la Rioja. *Capital Humano*, 147, 56-64. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=271>
- Sánchez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 223-254. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art13.pdf>
- Seyle, H. (1976). *Stress of life*. New York, McGraw-Hill.
- Shapiro, S., Shaplo, D. y Schwartz, G. (2000). Stress Management in Medical Education. *Academic Medicine*, 75 (7), 748-759. Recuperado de https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/07000/Stress_Management_in_Medical_Education__A_Review.23.aspx
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información psicológica*, 100, 162-170. Recuperado de http://www.vicente-simon.com/pdf/presente_y_futuro.pdf
- Simón, V. (2012). Aprender a practicar mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 68-73. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2037.pdf>
- Tarbal, A. (2015). TIC y salud, un binomio saludable para todos. *Cuadernos Faros*, 9, 21-37. Recuperado de <http://fundacionesplai.org/debates/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/Tarbal-2015.-TIC-y-salud-un-binomio-saludable-para-todos.pdf>
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1340.pdf>
- Vásquez, E. R. (2016). Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev. Neuropsiquiatría*, 79 (1), 42-51. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/ao6v79n1.pdf>
- Zinker, J. (1999). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.

• Recibido: 07/01/2021.

• Aceptado: 24/05/2021.

El amor sin (te) Amo. Del amor en los tiempos modernos.

Love without (I) love (you). About love and the modern times.

Jessica Velardo Tierno.

Psicóloga, especialista en psicología clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen: La pregunta por el amor siempre ha recorrido nuestra historia y, con ello, a menudo nos encontramos a sujetos acudiendo a las consultas con demandas en torno a esta cuestión ineludible. En el presente trabajo se tratará de hacer una revisión de la transformación de las relaciones amorosas en un mundo envuelto por el capitalismo y, más concretamente, en analogía al cambio de posición que la mujer ha logrado en las últimas décadas. De esta manera, se extraerán algunas consideraciones sobre la influencia de las transformaciones sociales en las presentaciones clínicas actuales y el posible manejo terapéutico con sujetos marcados por la indefinición.

Palabras clave: amor, psicoanálisis, modernidad, Sigmund Freud, Jacques Lacan.

Abstract: The question of the love has always traveled our history and with this, frequently we find subjects attending to the consultations with demands around this inescapable question. The present work focuses on doing a review about the transformation of love relationships in a world enveloped by the capitalism, and more specifically, in analogy to the change of position that the woman has achieved in the last decades. And thus, some manifestations will be drawn about the influence of the social transformations in current clinics and the possible therapeutic management with subjects who are marked by the imprecision.

Key words: love, psychoanalysis, modernity, Sigmund Freud, Jacques Lacan.

1. Introducción

Del ser humano no ha dejado nunca de preguntarse acerca del amor, esa incógnita ineludible que tanto enigma ha generado a filósofos, pensadores, sociólogos, artistas y psicólogos de todas las épocas. Por ello, no es de extrañar el gran número de personas que acuden a consulta buscando respuesta a este enigma.

Con el título del presente trabajo, “El amor sin (te) Amo” o, desgranando sus elementos: el amor, el Amo y el “te amo”, lo primero que descubrimos

es que el amo se ha perdido o, más bien, que nosotros nos perdemos cuando pretendemos vivir como si no existiese, promoviendo una sociedad de libertad caótica, consumismo y amor en catálogos con título “Tinder”. De aquí podríamos preguntarnos por la manera en la cual se refleja esta “respuesta” social en la clínica. Vemos que las manifestaciones clínicas van variando, en muchas ocasiones, dando una respuesta al predominio social o al Amo de la época. Psiques cada vez más enredadas en envolturas sintomáticas y, con ello, cubriendo de neblina su sentido más íntimo.

Si volvemos al hilo conductor que guía este trabajo, el amor, las relaciones, y las mil formas de definirlo, vivirlo, sentirlo y comunicarlo, vemos que asimismo sus manifestaciones han variado a través de las épocas. Estas puede que también sean una mera transformación de lo mismo, de una esencia más primordial en busca de una solución imposible. Parece que en la actualidad se opta por “no definir”, no sólo el amor en sí, sino también la elección amorosa, abogando por un amor libre o mosaico de relaciones. ¿Y si esta lucha por la indefinición del amor, por lo ilocalizable de este, se convierte en un nuevo amor? Es decir, si la no definición y los límites difusos y cambiantes de la sociedad posmoderna rechazante del amor romántico, no es más que una vuelta de lo anteriormente rechazado. En cualquier caso, lo que parece claro es que siempre ha existido una pregunta en torno al amor.

2. Primeros vínculos

2.1. Un deseo nombrado

Antes de aventurarnos a decir algo sobre el amor, quizás tengamos que remontarnos a los comienzos, a los primeros vínculos. Lacan destaca la importancia de las funciones materna y paterna en la transmisión del deseo a los hijos¹; un deseo que no sea anónimo y que les permita poder escribir su propia historia en la trama familiar. De esta manera, el niño podrá llegar a formarse una idea de su posición subjetiva y de su posible “lugar en el mundo”. La función materna sería la encargada de instaurar ese deseo y, la paterna, la que establecería la ley que regule el deseo, independientemente de quienes representen estas funciones. Por tanto, la función paterna cumple su cometido en transmitir una ley que regule los intercambios entre el niño y su madre, ley que funda la cultura y regula los movimientos sociales. El papel de esta función será esencial en la transmisión de un deseo particular y orientado.

Freud, por su parte, postula que los encuentros con el amor son en realidad reencuentros², pues-

to que la ternura que brindan los padres hacia el niño en edades tempranas es la que le dirigirá posteriormente en su elección del objeto amoroso. Según esta hipótesis, lo más sencillo para el niño será elegir a aquellas mismas personas a las que ha amado desde su niñez. Por ello, la ley de la prohibición del incesto, acompañándose de las transformaciones orgánicas y las inhibiciones psíquicas propias del curso de la maduración, sería la encargada de regular este deseo. Así, se daría el paso desde esos objetos incestuosos, inapropiados en la realidad, hacia otros objetos, ajenos, con los que pueda cumplirse una vida sexual real.

2.2 La búsqueda incesante

Sin embargo, este transcurso no siempre encontrará un camino fácil. Freud expone que el amor sitúa en un punto de incompletud y dependencia, ya que todo objeto sexual posterior al de los primeros vínculos (etapa edípica) será un sustituto del objeto tomado por el niño en aquella época³. Por tanto, el sujeto está preso de una inmensa nostalgia proveniente de la incesante búsqueda de un objeto amado, y los encuentros amorosos posteriores siempre pondrán esta falta de manifiesto.

Freud plantea que lo que caracteriza la vida amorosa del hombre es la impotencia que quedaría como efecto de la prohibición del incesto, de ese límite. En la pubertad, el adolescente genera una especie de escisión que divide a la madre en dos aspectos, uno alusivo a su carácter cariñoso y respetable y otro, el sensual, vinculado a la madre que mantiene relaciones sexuales con el padre. En consecuencia, en el caso del varón, este no podría satisfacerse sexualmente con la mujer que respeta y, por lo tanto, cuando el objeto hallado está en relación con aquel perdido originalmente, puede llegar a asomarse la culpa incestuosa. El efecto resultante a esta impotencia sería la búsqueda de la degradación del objeto. El sujeto comenzaría a emprender una búsqueda de objetos a los que no necesita amar, a fin de mantener alejada su sensualidad de los objetos amados.

1 Véase LACAN, J.: «Dos notas sobre el niño», en *Intervenciones y textos*, 1969. Vol. 2, pp.55-57.

2 Véase FREUD, S.: Tres ensayos para una teoría sexual (1905), en Sigmund Freud. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo VII, 1976.

3 Véase FREUD, S.: *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. Contribuciones a la psicología del amor, II. (1912) Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo XXI, 1986.

En una entrevista para la *Psychologies Magazine*, Miller matiza este punto afirmando que el principio de “degradación de la vida amorosa” haría que para el hombre fuese más difícil amar que para la mujer:

“el hombre enamorado tiene retornos de orgullo, lo asalta la agresividad contra el objeto de su amor, porque este amor lo pone en una posición de incompletud, de dependencia. Por ello puede desear a mujeres que no ama, para reencontrar la posición viril que él pone en suspenso cuando ama”⁴

Por tanto, el amor sitúa en una posición de incompletud y, ante esto, el hombre trataría de aliviar la impotencia con otro objeto, un objeto desligado del amor.

En la mujer, Freud vincula la impotencia con la prohibición. Mientras que el varón podía transgredir la prohibición del quehacer sexual bajo la condición de la degradación del objeto, la mujer no solía transgredirla, adquiriéndose así el enlace prohibición-sexualidad⁵. Hasta hace poco -y aún ahora en muchas sociedades y familias- la mujer se veía apocada a una función definida desde el momento del matrimonio (antes, mucho antes) como cuidadora y sirviente de su marido y, posteriormente, cuidadora y sirviente de sus hijos. Encerrada en una estructura familiar en donde la insatisfacción y la frustración, acalladas durante siglos, a lo sumo podían manifestarse a través del cuerpo. Con ello, podemos encontrar multitud de manifestaciones sintomáticas que parecen marcar un intento de resistencia a la incompletud y, en ocasiones, el acceso a la única forma de ponerse un límite a sí mismas y al otro. Síntomas como la inhibición, la frigidez, la anorexia o la apatía, ya que, cuando la palabra y el deseo son acallados, es el cuerpo el que habla.

En este punto, cabría preguntarnos cuál es la respuesta que está dando el sujeto moderno a esto. Un sujeto en el marco de una sociedad que

rechaza la idea de incompletud y dependencia, pero también enmarcado en la era del feminismo, donde la mujer comienza a tener voz y el hombre trata de situarse, también como puede, en este “nuevo” discurso.

3. El no límite en la modernidad

3.1. ¿Una sociedad sin amo?

Como exponíamos anteriormente, la ley procedente de la función paterna (para Freud; ley del incesto) tiene la tarea de articular el deseo del sujeto gracias a la experiencia del límite, siendo este necesario y estructuralmente esencial en la neurosis. Sin embargo, esta experiencia de límite, en ocasiones ha venido de la mano de una autoridad masculina tan dictatorial, que parece haberse desdibujado la línea entre lo esencial de la misma en la neurosis y el mandato represor del amo dominante de la época.

En “El poder psiquiátrico”⁶, Foucault procura reflejar cómo “la histeria” se ha ido transformando ante el propio movimiento de la sociedad y ante el avance o retroceso de la psiquiatría y, con ello, las nuevas formaciones sintomáticas que aparecen, en muchas ocasiones, como mensaje al Otro. Un mensaje a la prohibición y al sometimiento, con la pretensión de ser libres del poder del Amo, de los diagnósticos, las etiquetas o los cánones sociales. Si bien Foucault hace referencia a la histeria, esto se podría extrapolar a todos aquellos individuos que buscan fervientemente escaparse de un poder que les priva de la satisfacción. En parte, una búsqueda necesaria, dando voz a movimientos progresistas, y en otras ocasiones, de forma tan abrupta que la lucha se vuelve ciega y los golpes al aire acaban dejando marca.

Por ello, se puede observar como en la sociedad actual parece existir el impulso de poner a prueba ese límite. Las redes sociales, el discurso capitalista, la falta de límites en lo corporal o los diferentes modelos de relaciones son una muestra de esta expansión. Y, ante esta respuesta social, ¿cuáles serían las consecuencias en la subjetividad para el sujeto moderno?

4 MILLER, J.A.: «Sobre el amor». Publicado en la revista; Magazine, 2008, nº 278.

5 Véase FREUD, S.: Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. Contribuciones a la psicología del amor, II. (1912) Obras completas, op. cit.

6 Véase FOUCAULT, M.: El poder psiquiátrico. Ediciones Akal, Vol, 245, 2005.

3.2. La individualidad perdida

Silvia Ons enuncia que la función del padre, ese “basta” al no límite, es lo que permite la excepción y el reconocimiento a la individualidad. Expone que si el discurso amo declina, su lugar será ocupado por un discurso capitalista caracterizado por la absorción de todos los signos. Ante esto, los sujetos empezarán a perder singularidad para formar parte de una clase “los sádicos, las anoréxicas, los bisexuales, los feministas, las histéricas...”, y no sin consecuencias subjetivas. Por poner un ejemplo no poco común, Ons hace una apreciación respecto a aquellas mujeres que permanecen años frente a la figura del maltratador. En épocas anteriores – muy próximas – la represión y el mandato social eran tan evidentes que la mujer tenía poco margen para alejarse de su agresor. En la época actual, uno se pregunta el porqué de muchos casos en los que la mujer escoge quedarse, incluso defendiendo a aquel que la agrede. Podríamos pensar que, por un lado, entraría en juego una parte de violencia y su consecuente miedo ante una sociedad y justicia aún no preparada para hacerle frente. Pero aún con esta realidad en juego, se nos muestra otra perspectiva, no excluyente de la anterior. Algunas mujeres tratarían de suplir la falta de individualidad bajo la forma de ser “únicas” para el hombre, ya que el hombre violento parece entronizarlas como irremplazables, excepcionales e insustituibles⁷. Gustavo Dessal ubica el “Tú eres la que me seguirá” como esa voz irresistible y letal en la que ella es presentada cómo la elegida⁸, una posición a la que es difícil renunciar en una sociedad en donde nadie elige nada.

Ahora bien, el hombre tampoco queda exento de dificultades. En la sociedad moderna, en donde este aparece en ocasiones señalado como el sexo débil y no le es otorgado un estatus únicamente por su condición de hombre (o al menos no siempre o no por todos), parece haber perdido unos privilegios de los que también es difícil hacer renuncia. Ante esto, algunos

hombres hacen por defenderse de manera cada vez más abrupta. El hombre violento sería aquel que, impotente, solo puede hacer aparecer su “virilidad” mediante la fuerza, en respuesta a un carecer de autoridad⁹. Un efecto de acción-reacción con el consecuente peligro de esta escalada de violencia.

4. Rechazo al amor

4.1. El desencuentro

Zygmunt Bauman ya nos alerta de que “el amor puede ser tan aterrador como la muerte”¹⁰. El acceso al amor implicaría soportar la división irremediable, el desencuentro de los dos saberes inconscientes, puesto que nunca ha habido concordia ni entre los sexos, ni entre los géneros, ni entre las posiciones sexuadas. Lacan lo expone en su enunciado: “no hay relación sexual”¹¹, situando como imposible las relaciones en el sentido de complementariedad.

Si bien aún existe un ideal de completitud, transmitido de forma habitual en los dichos cotidianos: “la media naranja”, este ideal se funda en lo imaginario y situaría al amor solo en el plano narcisista, siendo la propia imagen a quien se ama en el Otro.

Por ello, Lacan expone la imposibilidad para un sujeto de completar a otro, postulando que “el amor es dar lo que no se tiene, a alguien que no quiere eso”¹². Esta segunda instancia se inscribiría en el registro simbólico. La raíz de la pareja simbólica estaría así constituida por una falta de significante que supuestamente puede suplir un significante que hay que buscar en el Otro. Por tanto, no se trata de amar en el otro lo que uno es o querría ser, sino que el amar se enlaza a la falta, es decir, se ama lo que no se tiene en quien no lo tiene. Amamos algo ilusorio, el *agalma* que decían los filósofos clásicos, algo

7 Véase ONS, S. I.: Amor locura y violencia en el siglo XXI: Amor locura y violencia en el siglo XXI, op. cit.

8 Véase DESSAL, G.: “Tú eres la mujer que me seguirá”, en Sawicke, P y Stillo, B (comps.), Relaciones violentas, entre el amor y la tragedia. Grama ediciones, Argentina, 2014.

9 ONS, S. I.: Amor locura y violencia en el siglo XXI: Amor locura y violencia en el siglo XXI, op. cit., p. 59.

10 BAUMAN, Z.: *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Paidós. Barcelona, 2018, p. 27.

11 LACAN, J.: *El seminario Libro 19: ...o peor (1971-1972)*, Paidós, Buenos Aires, 2012, p. 12.

12 LACAN, J.: *El Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Inédito. Versión de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1965, p 359.

indefinible y precioso para lo cual no se tienen palabras¹³. Por tanto, el amor y las relaciones se presentan como un laberinto de malentendidos cuya salida no existe y, los enamorados, como condenados a aprender indefinidamente la lengua del otro, a tientas, buscando claves siempre revocables¹⁴.

En la sociedad actual, ante el encuentro con esa inconsistencia, en muchos casos se apuesta por el no aventurarse en el campo pantanoso del amor. En su lugar, se aboga por un goce que se perfila como consistente, sólido, fiable y no sometido a la aleatoriedad contingente del encuentro con el Otro. Miller enmarca la época hipermoderna en una tendencia incestuosa de este goce, la ausencia de límites y prohibiciones simbólicas, y el culto narcisista del yo¹⁵.

Y recordemos que el goce no se dirige a un Otro, ya que es más bien autista, se goza del cuerpo y se goza solo. Por tanto, como señala Miller: “Hay algo que desfallece en lo que atañe al amor, cuando el amor es confrontado al goce”¹⁶.

4.2. La fragilidad de los vínculos

Por ello, acompañando al goce, nos encontramos con la sociedad de las redes. Una sociedad en la que, como dirá Bauman, los vínculos se hacen y se deshacen con la misma facilidad con la que conectamos y desconectamos un cable¹⁷. La consecuencia: un estado de fragmentación en donde la rotura de lazos deja a los sujetos más permeables a sus pulsiones en ausencia a las ligaduras afectivas entre ellos¹⁸.

Lo usual ahora es un remplazo continuo en el que desechar algo y cambiarlo a la mínima que topamos con la incompletud se convierte en el eslogan imperante de la felicidad. Bauman dirá; “terminar rápido y comenzar desde el

principio”¹⁹. Imperativos que propician la búsqueda de “nuevas aventuras” con la ilusión de encontrar el goce que falta²⁰.

Pero antes de la era *Tinder*, la sociedad ya se habían inventado otras soluciones a la insatisfacción. Como afirma Silvia Trelanz, en lo esencial nada del amor se modifica, cambian las vestiduras con que se presenta la vida amorosa²¹. Lo que antes era infidelidad se abrió paso entre la prohibición y el patriarcado en un intento de acuerdo e igualdad de los sexos hacia lo que luego fue relación libre. Pero entonces, el sexo dejó de ser una solución cuando se vislumbraba sorprendiendo la demanda de amor. El nuevo alegato social, el *poliamor*, irrumpe con fuerza de la mano de la reivindicación, la insatisfacción y la diferente posición de la mujer en lo social.

El derecho de las mujeres a elegir cómo situarse en sus relaciones afectivas, y la posibilidad de decidir con respecto “al cuerpo”, toma una relevancia sin precedentes en la historia. Entre la mitad del siglo pasado y el actual se han logrado profundos cambios vinculados al lugar de las mujeres en el mundo. Silvia Ons nos sitúa unos cuantos: la inserción en el mundo laboral, la separación de la sexualidad y la maternidad con la aparición de anticonceptivos, su participación en ámbitos públicos y universitarios... Sin embargo, esta autora advierte que la condición femenina ha padecido desde siempre una segregación que refleja la imposible integración de la feminidad en el espíritu humano. Por ello, nos recuerda que pese al cambio de paradigma la necesidad de amor sigue vigente y difícilmente algún lugar en lo social alcance para suplirlo²².

Así, en lo femenino siempre ha existido un movimiento con trayectoria confusa y etérea. Un no-todo generador de lo más bello, a la par que arraigado al sufrimiento más íntimo. Como el amor...

13 Véase PLATÓN.: *El Banquete (385–370 a. C.)*. En *Obras completas*. Madrid. Patricio de Azcárate, tomo 5, 1872.

14 Véase MILLER, L. A.: Sobre el amor. *Psychologies Magazine*, 2008, nº 278.

15 Véase MILLER, J. A.: *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires, Argentina, Paidós, 2008.

16 *Ídem*. p. 260

17 Véase BAUMAN, Z.: *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, op. cit.

18 ONS, S. I.: *Amor locura y violencia en el siglo XXI*, op. cit., p. 55.

19 BAUMAN, Z.: *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. op. cit., p. 22.

20 ONS, S. I.: *Amor locura y violencia en el siglo XXI*, op. cit., p. 89.

21 TENDLARZ, S. E. *La falta de amor. Las mujeres y el amor*. [Internet]. 2017 [citado abril 2021]. Disponible en: http://www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Las-mujeres-y-el-amor/12-05-17_La-falta-de-amor-por-Silvia-Elena-Tendlarz.html

22 Véase ONS, S. I.: *Amor locura y violencia en el siglo XXI*, op. cit., p. 39.

5. El enigma femenino

5.1. El no-todo

Por tanto, amar sería reconocer la propia falta y asumir la del otro. No es dar lo que se posee, es dar algo que no se posee, que va más allá de uno mismo. Por ello, parte del psicoanálisis postula que esto es esencialmente femenino²³.

Lacan, con las fórmulas de la sexuación indicó que todo ser que habla puede inscribirse del lado de lo masculino o lo femenino, pero que pese a esto el cuerpo es una marca insoslayable y, para muestra, la maternidad. Por tanto, no sería lo mismo un hombre inscrito del lado femenino que una mujer²⁴.

La madre, será aquella que ha de poder alojar el resto que la sorprende. Si bien la maternidad se ha representado con Freud como solución de la feminidad por el sesgo del tener (el hijo fálico), con Lacan el enigma femenino es justamente lo que resta de ese tener, sería aquello ligado al no-todo. Por tanto, no se trata de empujar lo femenino hacia lo materno, como la tradición hizo, sino de problematizar la maternidad. No hace falta que una mujer se embarace ni desee hacerlo para que su cuerpo erógeno presente una posición más abierta al alojamiento de lo extraño. La mujer sería entonces más abierta al Otro, posicionada con mayor tendencia del lado femenino. Aunque, por la misma razón, pueda sentirse más vulnerable frente a este²⁵.

Kierkegaard, al preguntarse ¿qué es el amor?, afirma que es tan difícil definir su esencia como definir el ser, y es entonces que podemos advertir que el amor y lo femenino se aproximan, en tanto a acercarnos a un irrepresentable²⁶. Ante esto, cabría preguntarnos si el mundo se ha feminizado dado el mayor papel de la mujer en lo social o, por el contrario, si la mujer se ha situado más del lado del “tener” que nunca, desmarcándose de la posición femenina y adoptando una identificación masculina en el intento por no someterse. Lo que convergería, por tanto, en un mayor rechazo a las cuestiones del amor.

5.2. Un callejón sin salida

Si la posición femenina es la que facilita el acceso al amor y, ahora, esa posición está cuestionada en la época de la modernidad; ¿Qué queda del amor y cómo permitir en los tiempos que corren ceder el paso a la incompletud o a la incertidumbre?

Porque, si bien el movimiento social se dirige hacia el intento de desligar ciertos significantes de la condición femenina, se mantiene aún una huella social imborrable. Esta huella sería la del vínculo de la feminidad con la pasividad y la debilidad, un lazo aún existente tanto en lo social como en lo subjetivo. Así, muchos en el intento de desembarazarse de los primeros atributos –por ser aún considerados socialmente inferiores– también se desvinculan de la condición femenina, que más tendría que ver con ese no-todo, con la falta no recubierta por el significante fálico.

Ante esta perspectiva, uno podría preguntarse por cómo seguir luchando por los derechos de la mujer sin que esa lucha se convierta en un intento de suplencia a la falta en ser.

Si bien la mujer moderna se presenta como más libre para elegir, a su vez se encuentra cada vez más atrapada en la indecisión. Cualquier elección parece ser sentenciada por la culpa. Por un lado, la apuesta por la reivindicación, la libertad, la resistencia a las cadenas familiares e incluso amorosas, que empuja hacia una ruptura indefinida de todo lo previo. Una posición sentenciada por la tradición. Por el otro lado, la elección en la línea de lo que se ha venido llamando convencional: pareja estable, matrimonio, hijos... posición sentenciada por el sujeto moderno. ¿Cómo armonizar algo de esto?

Tal vez, lo primordial no sea tanto que elección se tome, si no el abogar por alguna elección, y reconocer esa apuesta en el deseo propio y no tanto en la deriva hacia el rechazo al Otro.

6. Una clínica vacía

La incógnita sigue estando en aquellos sujetos en los que la necesidad de encontrar el lugar de excepción perdido - ya sea por el influjo social o por la inconsistencia de la posición subjetiva formada en la infancia - se paga al precio de morir. Casos que podemos calificar de extremos, pero que no dejan de hacer su aparición en la clínica.

23 Véase MILLER, J. A.: *El reverso de la Transferencia*, Uno por Uno. Buenos Aires, Paidós, 1991.

24 Véase ONS, S. I.: *Amor locura y violencia en el siglo XXI*, op. cit., pp. 52-53.

25 Véase MILLER, J. A.: *El partenaire-síntoma*, op. cit.

26 Véase KIERKEGAARD, S.: *Las obras del amor*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2006.

Recalcati habla de una “clínica del vacío” para hacer referencia a la forma y los modos que adopta la clínica contemporánea marcada por la caída de la función estructurante del padre. Una clínica en la que encontramos las distintas declinaciones que puede asumir el rechazo del Otro ante la negativa del sujeto a pagar el precio de ponerle límites al goce. Así esboza como, en el intento por escapar de una dependencia estructural respecto al Otro, algunos sujetos se ven envueltos en una dependencia patológica al objeto-sustancia²⁷.

El objeto del que se goza en patologías como la anorexia-bulimia o las toxicodependencias, sería del objeto puesto a disposición por el mercado para el consumo (el alcohol, la comida o la imagen). Esto brindaría la ilusión de anular la falta en ser del sujeto sin la medición de un Otro. En el discurso de pacientes con clínica anoréxica se puede escuchar frases como; “la anorexia es mi espacio propio, no pueden entrar, aunque quieran”. Una falta reducida a un vacío localizado susceptible a ser rellenado por el objeto de consumo²⁸. Siendo este objeto de consumo, en ocasiones, la nada.

Ante este escenario, Lacan se pregunta por cómo el goce pulsional podría admitir ser descompletado, carecer de algo para así poder verse embarcado en los asuntos del deseo²⁹. El amor sería lo que permite enlazar el goce a un partenaire, ya que en él se incluye el deseo. Por tanto, esta sería una manera de situar los límites del amor en su relación con el goce; “solo el amor permite al goce condescender al deseo”³⁰.

Asimismo, la función del amor estaría representada como aquello que se introduce para establecer la conexión con el Otro³¹, gracias a poder integrar que hay algo que falta, y que uno no se completa con una sustancia, un nuevo gadget o una identificación sintomática. Cada cual habrá de hallar su particular forma de amar y relacio-

narse, aún con la influencia de la corriente social por la que se permita dejar fluir o los ideales paternos en los que se inscriba.

7. La marca singular

La suplencia al vacío en las relaciones entre partenaires sería, entonces, el poder alojar algo del desamparo esencial del sujeto. Así, cada uno trataría de dar su solución particular a la falta. Lacan postula que, si algo del amor falla, es porque este también se encuentra ligado a la falla inaugural del sujeto. Esta falla inaugural del sujeto está a su vez relacionada con el encuentro de este con el Otro inicial, manera en la que se da para el humano el ingreso al mundo³². Por tanto, sea cual sea ese encuentro inicial que inscribirá la falta, este repercutirá en la forma de los encuentros y desencuentros posteriores, pero también ejercerán influencia la sociedad actual y las de nuestras generaciones precedentes.

Con todo, algo transversal que atraviesa el amor que no ha variado, se mantiene y se trata de ese punto fundamental y más esencial que los analistas abordan.

Mercedes de Francisco expone que, si uno consigue llegar a entrever su marca personal, sus experiencias amorosas no versarán únicamente sobre pura pérdida y desconocimiento. El amor puesto en juego en el análisis, en la propia experiencia analítica, llevaría a descifrar esa marca singular y, por tanto, a reparar algo de la falla inaugural³³.

Así, el amor entabla un enigma propio, un enigma sobre las elecciones que tomamos y el porqué de esas elecciones: ¿es consciente la elección de un objeto frente a otros? Mercedes de Francisco dirá que el amor es una elección inconsciente³⁴. Se puede escoger con quién o quiénes estar, qué regalos hacerle a la persona amada o a qué lugares (o aplicaciones) acudir para buscar pareja, pero en sí, la elección amorosa es un enigma cuyas preguntas no encuentran respuesta de manera sencilla.

27 RECALCATI, M.: *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis Editor. Buenos Aires. 2003.

28 *Ídem*, p. 153.

29 Véase LACAN, J.: *El Seminario, Libro 20, Aun (1972-1973)*. Paidós, Buenos Aires, 1992.

30 LACAN, J.: *El Seminario, Libro 10, La angustia (1963)*, Paidós, Buenos Aires, 2006, p. 194.

31 Véase MILLER, J. A.: *El partenaire-síntoma*, op. cit.

32 Véase LACAN, J. (1977) *Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra. El seminario. Libro 24*. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/29%20Seminario%2024.pdf>

33 Véase DE FRANCISCO, M. *Un nuevo amor*. Grama, 2012.

34 *Ídem*.

Para descifrar este enigma habremos de develar cómo se inscribe nuestra historia, pero también cómo nos relacionamos con lo que no cesa de no inscribirse. Por un lado, tendremos las determinaciones edípicas, que en cada cual dejarán una marca diferente, más o menos profunda y más o menos impermeable. Por otro lado, nos encontramos con nuestras raíces, nuestra historia, esa huella de memoria transgeneracional y cultural. También estaría lo azaroso, lo contingente en la sincronía de los encuentros. Y en último término, quizás la huella más ininteligible en interconexión con todo lo anterior, se encuentra la marca singular de cada uno. Esta marca más difícil de entrever, de poder captar y de develar en un análisis. Es a lo que Lacan llama *sinthome*, esa singular manera de respuesta de cada cual, mucho más fija y que insiste en escribirse (con una tinta prácticamente invisible y permanente) de la misma manera una y otra vez³⁵.

Lacan dirá que el amor se trata del encuentro entre dos exilios. La marca del exilio de uno se encontraría en sintonía con la marca del exilio de otro³⁶. Por tanto, no es de extrañar que, pese a no saberse muy bien porqué, no con cualquiera se produce ese encuentro.

8. Conclusiones

Toda experiencia pasada forma parte de una huella que comienza desde el momento en que nos nombran por primera vez, aunque ni siquiera hayamos nacido aún. Nos nombran nuestros padres cuando deciden ser padres, nuestros hermanos con la manera de recibirnos, nuestros antepasados cuando siguen siendo nombrados e incluso aquellos que cambiaron la historia y, sin saber por qué, se convirtieron en nuestros ídolos. Nos aman y amamos, pero también acabamos exiliados de un amor que no hallará fácil consuelo. Esa falta será la que nos lleve a seguir buscando, reinventando, anhelando y preguntándonos por nuestro deseo.

El amor se presenta como el intento a completar algo que nunca será completado, a la vez consecuencia y precursor de la falta, de ese vacío esen-

cial. El amor, consiste en poner las respuestas en suspenso, en tolerar esa incompletud y aceptar la imposibilidad estructural.

Sin embargo, en los tiempos que corren (y corren mucho), eso se tolera mal y poco, y antes si quiera de llegar a preguntas en torno al deseo, sustitimos esa sensación de incompletud por nuevos amores, varios amores, objetos e incluso visitas en *Instagram*. Se vende la posibilidad de obtener todo sin límites y se compra una frustración permanente ante la búsqueda a ciegas. Otros, se aferrarán con fiereza al objeto que parezca colmar el vacío de una identidad evaporada. Hablábamos antes de que la falta de singularidad en la sociedad actual puede llevar a una necesidad de reencuentro con el “ser único”, de salirse de la norma o de lo establecido. A veces, desde la más oscura dependencia con esa sentencia: “tú eres la elegida para seguirme”. Pero también desde la búsqueda de soledad y desligamiento, desde la nada más profunda e irremplazable o desde la lucha reivindicativa por el “ser libre” que, en ocasiones, vuelve más esclavo.

Así, el amor consiste en ese equilibrio entre la falta de vinculación y la dependencia más absoluta, pero, al final, citando a Silvia Tendlarz, “la vida amorosa es un esfuerzo continuo por alojar un vacío central, no existiendo un universal del amor. Cada cual inventa la mascarada que le vuelve deseable y experimenta así su particular forma de amar”³⁷. Dilucidar algo de la marca del exilio, esa marca singular, permitirá una mayor distancia a la repetición gozosa, a la dependencia a las relaciones edípicas o a la frustración ante encuentros que no completan. Los inventos son tan variados como personas existen y, por tanto, en las relaciones de amor hay algo del ridículo, de la incompreensión, de lo inefable. Y es que el engranaje entre dos inconscientes, entre dos exilios o marcas personales, es tan único como lo es el (re)encuentro.

35 Véase LACAN, J.: *El seminario. Libro 23. El sinthome (1975-1976)* Buenos, Aires, Paidós, 2006.

36 Véase LACAN, J.: *El Seminario, Libro 20, Aun (1972-1973)*. op. cit.

37 TENDLARZ, S. E. *La falta de amor. Las mujeres y el amor*. [Internet]. 2017 [citado abril 2021]. Disponible en: <http://www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Las-mujeres-y-el-amor/12-05-17-La-falta-de-amor-por-Silvia-Elena-Tendlarz.html>

Contacto

Jessica Velardo ✉ velardo.jvt@gmail.com

Referencias bibliográficas

BAUMAN, Z.: *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Paidós. Barcelona, 2018

DE FRANCISCO, M.: *Un nuevo amor*. Grama, 2012.

DESSAL, G.: "Tú eres la mujer que me seguirá", en Sawicke, P y Stillo, B (comps.), *Relaciones violentas, entre el amor y la tragedia*. Grama ediciones, Argentina, 2014.

FOUCAULT, M.: *El poder psiquiátrico*. Ediciones Akal, Vol, 245, 2005.

FREUD, S.: *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo VII, 1976.

FREUD, S.: *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. Contribuciones a la psicología del amor, II. (1912) Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo XXI, 1986.

KIERKEGAARD, S.: *Las obras del amor*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2006.

LACAN, J.: *El seminario Libro 19: o peor (1971-1972)*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

LACAN, J.: *El Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Inédito. Versión de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. 1965.

LACAN, J.: *El Seminario, Libro 20, Aun (1972-1973)*. Paidós, Buenos Aires, 1992.

LACAN, J.: *El Seminario, Libro 10, La angustia (1963)*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

LACAN, J.: *El seminario. Libro 23. El sinthome (1975-1976)* Buenos, Aires, Paidós, 2006.

LACAN, J.: «Dos notas sobre el niño», en *Intervenciones y textos*, 1969.

MILLER, J.A.: «Sobre el amor», en *Magazine*, 2008, n° 278.

MILLER, J. A.: *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires, Paidós, 2008.

MILLER, J. A.: *El reverso de la Transferencia*. Uno por Uno. Buenos Aires, Paidós, 1991.

ONS, S. I.: *Amor locura y violencia en el siglo XXI*. Paidós Argentina, 2016.

PLATÓN.: *El Banquete (385-370 a. C.)*. En *Obras completas*. Madrid. Patricio de Azcárate, tomo 5, 1872.

RECALCATI, M.: *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis Editor. Buenos Aires, 2003.

• Recibido: 27-4-2021

• Aceptado: 06/06/2021.

El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales.

Stigma in people with dual pathology as a barrier access and adherence to care resources.

Claudia Calderón Calvo.

Educadora y trabajadora social. Máster en drogodependencias y Máster en rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria. Bilbao.

Resumen: El presente artículo estudia la influencia del estigma en personas con patología dual en relación al acceso y adherencia a los recursos asistenciales. La metodología empleada se basa por un lado, en una revisión bibliográfica y por otro lado, en un estudio cualitativo realizado a diferentes perfiles profesionales de atención directa tanto en el ámbito de la salud mental como en el ámbito de las drogodependencias.

El principal objetivo trata de analizar las principales limitaciones a la hora de intervenir con dicho colectivo, así como la influencia del estigma tanto por parte de los profesionales como del estigma experimentado por los usuarios en el proceso de inicio y adherencia al tratamiento.

Palabras clave: trastorno por consumo de sustancias, trastorno mental grave, estigma, patología dual.

Abstract: This article studies the influence of stigma in people with dual pathology in relation to access and adherence to healthcare resources. The methodology used is based, on the one hand, on a bibliographic review and, on the other hand, on a qualitative study carried out on different professional profiles of direct care both in the field of mental health and in the field of drug addiction.

The main objective is to analyze the main limitations when intervening with this group, as well as the influence of stigma both by professionals and the stigma experienced by users in the process of initiation and adherence to treatment.

Key words: substance use disorder, severe mental disorder, stigma, dual pathology.

1. Introducción

Durante los años 80 y 90 la separación filosófica entre el campo de conocimiento y asistencia, por un lado, de los trastornos mentales graves y, por otro lado, de las adicciones era muy profunda y resultaba incluso herético mezclar ambos ámbitos. A pesar de ello, las evidencias epidemiológicas acumuladas durante las últimas décadas señalan que los trastornos duales son tan frecuentes que deberían dejar de percibirse como casos aislados y aceptarlos como una realidad asistencial.

En la actualidad, los problemas de drogadicción y la presencia cada vez más relevante de situaciones de deterioro crónico, que guardan una estrecha relación con el aumento de la esperanza de vida de la población, entre otras problemáticas, son situaciones que favorecen que las modalidades asistenciales tradicionales sólo presten atención de forma parcial. Ante esos cambios, parte de los recursos habituales no resultan suficientes porque pierden capacidad de atención, debido a que muestran dificultad para responder a este tipo de situaciones, en las que resulta complicado delimitar dónde terminan los problemas sanitarios y dónde comienzan los asistenciales y sociales (Leonardo y Sobremon-te, 2001).

Sin embargo, los recursos destinados al tratamiento de enfermedades mentales y a trastornos por uso de sustancias se organizan de forma secuencial o paralela. Este hecho se ha asociado a una baja adherencia al tratamiento además de a un manejo inadecuado de los problemas que guardan mayor relación con la comorbilidad (Farren, Hill y Weiss, 2012; Arias et al., 2013; Szerman et al., 2013). La intervención con pacientes con patología dual, se torna más complicada debido a su gravedad psicosocial y psicopatológica, teniendo mayores tasas de ingreso y mayor riesgo de conductas autolíticas. Además, su adherencia a los tratamientos es baja porque utilizan una mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales (Vega et al., 2013). Por tanto, resulta fundamental entender que el consumo de drogas no sólo manifiesta su problemática asociada en el ámbito sanitario a través de la morbilidad y la mortalidad sino también en el ámbito social a través de conse-

cuencias que llevan en numerosas ocasiones a la estigmatización de la persona y su consiguiente exclusión e invalidación social. Por tanto, se torna necesario desarrollar una intervención eficaz en el espacio sociosanitario, con el objetivo de ofrecer al usuario una atención integral, evitando así la parcialización del proceso y las barreras de acceso o incluso el abandono de los servicios asistenciales (OEDT, 2016).

2. El fenómeno del estigma desde una perspectiva de patología dual

Según un estudio sobre el estigma y la enfermedad mental, una de las estrategias más frecuentes de tipo desadaptativo de las personas que se encuentran en dicha situación es mantenerlo en secreto (Muñoz, Crespo, Guillén y Pérez, 2009). Además, en base al modelo de Tanahashi sobre las barreras de acceso a la atención sanitaria dentro de la categoría de accesibilidad, un 16% lo asocia al estigma social y un 20% al temor y/o vergüenza de ser atendido en un espacio de dichas características (Hirmas Aday et al., 2013).

Diversos estudios muestran la existencia de una imagen social negativa tanto hacia el drogodependiente como hacia las personas con trastorno mental grave sostenido básicamente en la creencia de incurabilidad y cronicidad (Braña et al., 2001). Las consecuencias del proceso de estigmatización del colectivo son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona e incluso de su entorno próximo (Aretio, 2010).

3. Influencia del estigma en ámbitos de la vida del usuario

Un claro ejemplo es la discriminación social, la cual se perpetúa a través de vías muy sutiles, pero a su vez poderosas. Se desarrolla a través de procesos de confirmación de las expectativas conocido como, profecía autocumplida, y por la activación automática de conductas basadas en estereotipos (Major y O'Brien, 2005 y Muñoz, Pérez Santos y Guillén, 2009). Siguiendo la misma línea, la restricción de derechos se produce desde la globalidad, una de las áreas más afectadas es la de los derechos sociales con todo lo que conlleva respecto al acceso a recursos

de tipo social, a servicios públicos e incluso en oportunidades de participación social (FEAFES, 2014). Dicho colectivo, experimenta dificultades en el acceso a una vivienda e incluso en el proceso de formar su propia familia (Aretio, 2010). Según los testimonios de personas con enfermedad mental que se perciben en condiciones adecuadas como para trabajar y mantener el empleo experimentan graves dificultades para encontrarlo debido a la discriminación de los empleadores (Arnaiz y Uriarte, 2006). Por tanto, este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, según el autor Goffman, tanto para las personas “desacreditadas” como para las potencialmente “*desacreditables*”, es decir, aquellas personas que no han sido todavía identificadas de manera pública pero que son conscientes de que pueden serlo en el momento en que se conozca su situación.

En el primer grupo, siguiendo la terminología del autor, se promueve una distancia social y/o rechazo, no las aceptaremos en nuestro círculo social, no desearemos que sean vecinos, maridos, nueras, compañeros de trabajo... lo que afecta directamente a los derechos y oportunidades del colectivo funcionando como una barrera en el acceso a una vida social plena y a los diferentes servicios. Respecto al segundo grupo, se producen conductas de tipo evitativo, generando repercusiones negativas en la autoestima y la conducta personal y social (López et al., 2008). Por todo ello, la falta de tolerancia y el paternalismo se conforman como patrones de interacción social frente a las personas con patología dual, algunas personas toleran su presencia, pero evitan el contacto o actúan de manera sobreprotectora con tendencia a la infantilización del colectivo (Badallo, García-Arias y Yélamos, 2013). A su vez, este comportamiento genera repercusiones emocionales en quien estigmatiza tales como ansiedad, miedo, compasión, etc. (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

No se debe olvidar que las personas consumidoras de drogas también son estigmatizadas por el hecho de considerarlas socialmente como posibles portadoras de enfermedades infecciosas tales como VIH, VHC... por lo que esta estigmatización impacta en la vida de las personas afectadas generando sentimientos de

culpa, inferioridad, aislamiento social y sexual, así como impactando de forma negativa en la adhesión al tratamiento (De Souza, Araujo y Gir, 2017). También resulta importante destacar que en el sector sociosanitario algunos profesionales perciben a este tipo de usuarios como complejos y tienden a etiquetarlos antes incluso de la primera toma de contacto. Uno de los motivos de que se produzcan este tipo de situaciones puede deberse a la ausencia de sensibilización, falta de formación de algunos profesionales y el estigma hacia el consumo de sustancias nocivas lo que deriva en cierto rechazo hacia el colectivo y a su vez, en resultados adversos en el proceso terapéutico (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Las personas más afectadas, aquellas que padecen trastornos mentales graves, experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente de los procesos de discriminación a los que se ven sometidos y los derivados de su autoestigmatización (López et al., 2008). Otra consecuencia del autoestigma es que produce reacciones emocionales negativas, especialmente una autoestima y autoeficacia baja por lo que disminuyen las posibilidades de por ejemplo, buscar trabajo o vivir de forma independiente lo cual no se produce por el trastorno en sí sino por las consecuencias de la autodiscriminación (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Por último, cabe destacar que el proceso de estigmatización también afecta al entorno sociofamiliar lo que se conoce como estigma por extensión y/o asociación, observándose efectos similares a los que sufren las personas con comorbilidad. Suele observarse un aumento a la sobrecarga familiar por tener que manejar un “descrédito” añadido, empobreciendo la red social y con limitaciones a la hora de acceder a servicios de ayuda (López et al., 2008). De la misma forma, las familias ven sometida su capacidad para proporcionar ayuda así como para mantener su propio bienestar (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Tabla 1. Consecuencias del estigma en diferentes áreas de las personas con patología dual	
Área afectada	Consecuencias
Salud	<p>Aumento de la posibilidad de recaída. Aumento de la frecuencia de hospitalización. Mayor frecuencia de conductas autolíticas. Aumento de los intentos de suicidio. Mayor puntuación en sintomatología positiva (alucinaciones, delirios...).</p> <p>Mayor puntuación en sintomatología negativa (depresión y ansiedad). Miedo al contagio de enfermedades infecciosas.</p>
Sociofamiliar	<p>Exposición a faltas de respeto. Sobreprotección y/o dependencia hacia la familia. Sobrecarga familiar. Evitación de contacto social con personas sin PD. Reducción del ámbito social y aislamiento. Invisibilidad. Miedo y/o desconfianza por parte de otras personas. Aislamiento social y sexual (posibilidad VIH).</p>
Laboral académica	<p>Bajo rendimiento académico. Dificultad de acceso y/o mantenimiento de empleo. Discriminación por parte de los empleadores.</p>
Derechos	<p>Disminución de vías de acceso a la participación social. Dificultad de toma de decisiones socio-políticas. Dificultad de acceso a la vivienda y empleo. Pérdida de roles sociales.</p>
Tratamental	<p>Negativa a acudir a recursos (evitación). Acudir de manera tardía a los recursos. Rechazo y falta de sensibilización por profesionales.</p>
Psicológica y emocional	<p>Baja autoestima y autoeficacia. Reacciones emocionales negativas. Autoestigmatización. Inseguridad. Ansiedad. Sensación de bajo locus interno.</p>

Fuente: elaboración propia.

4. Barreras y/o limitaciones en la atención a personas con patología dual

No todas las enfermedades son causantes de un proceso de exclusión social y, entre las que pueden serlo, no todas lo hacen con la misma intensidad y duración en el tiempo. Sin embargo, sí es cierto que las que poseen un carácter duradero, dejan secuelas y/o las difícilmente reversibles, provocan mayor exclusión o rechazo social (Vicent, 2015).

Cuando se marca un perfil concreto en un recurso y/o servicio se limita el acceso al mismo lo que finalmente deriva en una disminución de oportunidades de las personas que no encajan en lo previamente establecido (Ruiz y Beteta, 2016). Las personas con patología dual suelen manifestar una sensación de no “encajar” en dichos recursos, lo que se conoce como el efecto de la “puerta equivocada”, este hecho deriva en que los usuarios suelen cargar a sus espaldas un alto índice de fracasos en intervenciones anteriores (FEAFES, 2014). Dicho perfil cuenta con un mayor número de admisiones a servicios de urgencias hospitalarias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellos usuarios sin trastornos mentales comórbidos. Además, existe una mayor incidencia de comportamientos de riesgo que a su vez generan mayor problemática social como pérdida de empleo y/o entorno sociofamiliar, comportamientos más violentos o relacionados con conductas de tipo ilegal, así como mayor deterioro físico (Torrens et al, 2017). Siguiendo la misma línea, la práctica clínica ha demostrado a lo largo de los años que los trastornos de tipo comórbido son recíprocamente interactivos y cíclicos, manifestando un pronóstico peor para ambos si no se abordan de manera conjunta a través de equipos multidisciplinares. Por tanto, las personas con patología dual tienen mayor riesgo de cronicidad y su tratamiento es más difícil y costoso, se trata de usuarios más vulnerables a la hora de afrontar dificultades debido a que los factores de tipo estresante suelen afectarles especialmente (FEAFES, 2014) por lo que las posibilidades de recuperación disminuyen (Torrens et al., 2017). Cuestiones con las que coincide la Confederación Española de agrupaciones familiares y personas con enfermedad mental (2014), añadiendo además otra dificultad basada en la falta de conciencia de la

enfermedad, bajo nivel de insight, que deriva en una baja adherencia al tratamiento y por tanto en mayor probabilidad de abandono. Además, destaca también las dificultades relacionales como por ejemplo la sobrecarga familiar que puede derivar en sobreprotección o por el contrario en falta de apoyo del entorno sociofamiliar y por tanto, en aislamiento e incluso exclusión social.

Otra de las dificultades a la hora de intervenir con este perfil de usuario es que el abuso de alcohol y/o otras drogas puede pasar desapercibido en los servicios psiquiátricos lo que puede derivar en situaciones de sobremedicación y en la formulación de planes de tratamiento poco apropiados que no incluyen medidas de desintoxicación y deshabitación. A dicha situación, cabe añadir que la inmensa mayoría de los pacientes con trastorno mental grave suelen tender a ocultar un uso problemático de determinadas sustancias (Casas y Guardia, 2002).

Por otro lado, la automedicación de los trastornos del Eje I y el alivio sintomático de diagnósticos del Eje II también es señalada por algunos autores como Rivera (2010) como la causa de trastornos duales (Kessler et al., 1996). A modo de ejemplificar, los pacientes con trastorno bipolar es frecuente que recurran a la bebida para aliviar tanto los síntomas maníacos como depresivos, pero las estadísticas muestran que existe un mayor riesgo de consumo excesivo durante las fases de tipo maníaco (Casas y Guardia, 2002). Cuestión relacionada directamente con la teoría de la automedicación que afirma que las sustancias psicoactivas se utilizan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes, por tanto, puede extrapolarse que la elección de la droga no es un proceso al azar, sino que influyen los efectos que produce para aliviar los síntomas (FEAFES, 2014). En el caso de los pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica el consumo de sustancias adictivas tiene gran relevancia e importancia en la práctica clínica debido a que numerosas sustancias de esta tipología producen una reactivación de la sintomatología psicótica, un aumento de los trastornos de conducta y un peor cumplimiento terapéutico. Por tanto, como se ha comentado con anterioridad se produce un aumento del número de reagudizaciones y de ingresos de tipo psiquiátrico. Por lo que el consumir drogas se convierte en una de las mayores complicaciones de los trastornos psicóticos.

Tabla 2. Cuadro resumen de limitaciones de acceso y adherencia al tratamiento

Limitaciones	
Personales	Estructurales
Bajo nivel de insight.	Baja presencia de equipos multidisciplinares.
Dificultades relaciones (aislamiento).	Recursos muy rígidos.
Tendencia a ocultar el consumo de drogas.	Dificultad de detección consumos abusivos.
Sensación de no encajar en los recursos.	Efecto “puerta equivocada”.
Fracasos terapéuticos anteriores.	Estigma por parte de los profesionales (incurabilidad, pacientes complicados...).
Estigma y autoestigmatización.	Escasa formación de los profesionales y desconocimiento de recursos específicos.
Pobre alianza terapéutica.	

Fuente: elaboración propia.

5. Material y método

En el caso de la presente investigación se ha seleccionado la entrevista semiestructurada. Se ha realizado a profesionales de atención directa para conocer desde su perspectiva la impresiones sobre el objeto de la investigación. La entrevista a profesionales está conformada por cuatro bloques temáticos referentes al perfil de los usuarios, las barreras de acceso y/o adherencia a los recursos y por último acerca del estigma en los profesionales y los propios usuarios.

A la hora de realizar el muestreo cualitativo, se comenzó identificando los ambientes propicios. En este caso, asociaciones pertenecientes al tercer sector y/o al ámbito de la Sanidad Pública vasca, Osakidetza, cuya atención esté dirigida a personas con esta problemática y posteriormente a grupos de profesionales dichas entidades.

6. Resultados y discusión

6.1. Descripción y evolución de las características del colectivo

De forma general, los profesionales entrevistados han manifestado un aumento de la prevalencia de personas con patología dual, comentan que no es solamente por el consumo de sustancias tóxicas sino por los cambios sociales que se están produciendo por lo que se deduce que hay

diversas causas que puedan derivar en el desarrollo de una patología dual.

“Ahora cada vez está cambiando más y es que los psicóticos al uso, los clásicos nuestros también, ya es consumo de todo, antes una depresión de una persona de cuarenta años era muy difícil que consumiera cocaína, pero como ahora es tan fácil que accedan a la droga se automedican con la cocaína, no es que sea en contextos de fiesta, ahora es todo más fácil”.

También se menciona que parte de la población con esta problemática no está diagnosticada por la dificultad que en ocasiones les supone el acudir a los recursos pertinentes.

Respecto a las principales características de este colectivo resulta complejo establecer generalidades, pero sí que en los recursos de la red asistencial pertenecientes al ámbito de las drogodependencias nos encontramos con personas con un consumo cronificado, sin vivienda segura y/o adecuada, así como, con dificultades para mantener o encontrar un empleo.

“A ver es el tema de la exclusión social eso está claro, la mayoría de la gente son personas excluidas, son gente con... no tienen nada, de vivienda también están fuera, en situación de calle o en vivienda precaria o en tema económico... salud... muy deteriorada con hábitos

muy dañinos, con temas legales, es un poco desde ahí...”.

“Desde mi experiencia, se trata de personas con una cronificación en el ámbito psicosocial gravísima, con una “mochila” cargada de estigma y rechazo por parte de la sociedad”.

Sin embargo, a raíz de los cambios sociales que se han ido produciendo el perfil se está ampliando a personas con vidas más “normalizadas” dando lugar a que las características sean totalmente dispares respecto al consumo, el tipo de problemática de salud mental así como las causas y las consecuencias.

“Las sustancias estimulantes en este caso, están llevado a jóvenes a desarrollar TUS y que probablemente, deriven en cuadros psicopatológicos de índole más grave. Por otro lado, también está el caso de las mujeres; debido a problemáticas específicas de género (carga de cuidados, trabajo en el ámbito privado no reconocido socialmente) el consumo de hipnosedantes se ha visto aumentado en las mujeres adultas, asociándose generalmente a cuadros depresivos y de ansiedad”.

6.2. Percepción del estigma

Diversas investigaciones han demostrado a lo largo de los años una estrecha relación entre las experiencias estigmatizantes y el bienestar de las personas estigmatizadas. El estigma aumenta las probabilidades de sufrir daños en la salud mental de las personas consumidoras de drogas, incluso cuando estas han dejado de consumir y se encuentran en itinerarios de recuperación (Pérez-Floriano, 2018). Tal y como se ha comentado con anterioridad, se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia a sustancias y enfermedades.

“Sí que entiendo que son las personas que más dificultades tienen para ser aceptadas por parte de otros recursos y más cuando conviven con otro tipo de personas, en un tratamiento, en un centro de día, en una comunidad... pues nos genera unas dificultades que otros no te generan, la expectativa de mejora es peor que los que no... con lo cual también te frustras más con estas personas que no tanto con las otras ¿no? entonces igual no hay un estigma

consciente de decir “va estos no quiero saber nada” pero si te cansan más, si te agotan más... si te causan menos satisfacción o menos gratificación... ver soluciones...sí que es verdad que a veces uno se queda...con ciertas limitaciones. El pensamiento de con este voy a llegar hasta aquí y ya está...”.

Por tanto, la dificultad de encaje en los recursos asistenciales, así como la carencia de recursos específicos para personas con patología dual conlleva que los usuarios sean rechazados tanto en los dispositivos de atención a la salud mental como en los destinados al tratamiento de las drogodependencias, generando mayor vulnerabilidad y una especial situación de desprotección y/o desamparo (Arana y Germán, 2005). Por otro lado, según las actuales clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y de las Asociaciones de Psiquiatría (CIE y DSM), las adicciones constituyen un trastorno mental, como otros, y no se trata de un problema de voluntad o de vicio de las personas que lo sufren (SEPD, 2016). A pesar de ello, los entrevistados mencionan que se desarrolla un estigma mayor hacia las personas consumidoras:

“Sí, a ver la sociedad con los enfermos mentales pues no sé, a veces... si es verdad que son más excluidos, pero igual pueden llegar a pensar –no tiene la culpa son enfermos y ya está– pero con los toxicómanos ¿sí no? él se lo ha buscado... es lo que quiere...pues con estas personas igual se da un poco esa doble historia”.

“Al final, si le dices a una persona constantemente que no puede hacer algo... o que les ponemos la etiqueta de “no capaces” la persona pierde el interés en intentar cambiar o mejorar su situación, de alguna forma se abandona y se escuda también en ese prejuicio para justificar su actitud... es bastante complejo”.

Tras una revisión bibliográfica y los testimonios de algunos de los entrevistados la prevalencia desmotivacional que se desarrolla en las personas con patología dual sugiere que las investigaciones, evaluaciones e intervenciones deberían incluir como variable de análisis los factores tanto inhibidores como facilitadores que influyen en las conductas motivadas de este colectivo. Por

tanto, debido a que la falta de motivación influye en la adherencia y en el proceso de rehabilitación debería intentar comprenderse como un hecho sintomático de la propia interacción patológica (Rodríguez Luna et al., 2016).

“Ellos mismos te dicen, ellos lo interiorizan todo lo que te he comentado antes, ese prejuicio lo guardan dentro y entonces piensan “como yo no soy capaz porque el entorno me ha dicho que nunca voy a ser capaz pues para que me voy a esforzar si total...” claro que se lo creen y luego es muy difícil revolver eso, revertir eso y decirles perdona “tú puedes”. Es como al niño que le dicen en el colegio que es tonto, al final se lo acaba creyendo”.

Siguiendo la misma línea, numerosas personas que acuden a los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) acarrean historias personales duras (pérdida de trabajo, amistades...) a raíz de revelar que acudían a este tipo de programa por el estigma que supone, por lo que resulta habitual que se sientan desvalorizados y/o desacreditados. Además, a pesar de incorporarse a un programa de metadona y comenzar un cambio con el objetivo de transformar una identidad mal vista socialmente a una más aceptada, no consiguen que esa “etiqueta” desaparezca, por lo que se sienten en una especie de limbo (Murphy e Irwin, 1995).

“Pues lo perciben, no todos los psiquiatras le quieren atender, se van pasando el bulto, cuando llegan a urgencias también se les maltrata, en todos los lados se sienten así. Ellos, no todos eh, pero si tú tienes un comportamiento agresivo pues es porque también no te dan las cosas, es como un niño ¿no? ellos se ponen agresivos porque es la única forma de conseguir lo que ellos quieren, que se les atiendan, porque claro es peor porque empeora las cosas pero esa es la parte agresiva de ellos, lo mal que se relacionan en las relaciones humanas... nosotros a los yonkis les tratamos como si no fueran humanos ¿no? y es gente que ha encontrado X cosa para calmar su angustia...”.

Coincidiendo con el testimonio del entrevistado, a las personas con TMG y/o Patología dual, se les otorga menor credibilidad que a otros pa-

cientes, atribuyendo con frecuencia sus quejas a problemas de tipo psicológico. Esto se debe, por un lado, a las actitudes negativas de los propios profesionales hacia este colectivo como a la asociación de las personas con trastornos mentales a ideas de impredecibilidad, violencia e incurabilidad, así como a temor, incomodidad, etc. (Winter, Gil, León y Navarrete, 2016).

6.3. Barreras de acceso y adherencia a los recursos asistenciales

Una de las principales barreras es el bloqueo emocional que experimentan las personas con problemas de consumo de sustancias. Este hecho deriva en conductas de tipo impulsivo, en una necesidad de reforzamiento inmediato, así como una dificultad para demorar la recompensa (Rodríguez Luna et al., 2016).

“No quiere esperar, no le interesa, se agobia... además, un drogodependiente funciona mucho con los placeres inmediatos, con lo cual, si tú no juegas con eso, es decir, tienes que venderle algo desde la naturalidad como persona y no como en el estigma y con el prejuicio...”.

Por otro lado, siguiendo el modelo de recuperación –recovery– se debe asumir que la persona protagonista del proceso debe ser el usuario, convirtiéndose en un agente activo y no en un mero receptor de “cuidados” e intervenciones. Se deben trabajar, no solo aspectos farmacológicos sino abrir el itinerario a diferentes áreas de intervención; actividades de la vida diaria, psicomotricidad, psicoeducación, habilidades sociales, ocio y tiempo libre, etc.

“La gran importancia que se otorga al trastorno mental. Considero que muchas de las intervenciones están altamente ligadas a aspectos más biomédicos (como la importancia absoluta de la medicación). Si es cierto que, en muchas ocasiones, existen dificultades para llevar a cabo una toma de medicación correcta, sin embargo, desde la intervención psicosocial deberíamos centrarnos más en aspectos personales, emocionales y relacionales de las personas”.

Por tanto, dirigir las intervenciones hacia un modelo de recuperación supone dejar la patología, la enfermedad y los síntomas en un segundo

plano dando verdadera importancia a la salud, al bienestar, así como a las capacidades y fortalezas de cada persona no centrándose únicamente en las limitaciones.

“Para mí lo importante sería que cada persona lo pudiera elegir, lo bueno sería eso, no imponer adherencias a centros, sino que cada persona tenga la posibilidad de inventar su propia red particular, con los recursos que quiera y considera que necesita”.

Respecto a los recursos, debido a la complejidad de la patología, resulta fundamental asegurarse de que el paciente esté ubicado en el servicio correcto y que se dispone de los recursos mínimos para contenerle en el caso de presentarse alguna crisis como puede ser un brote psicótico o una recaída. Si no es así, se está propiciando un ambiente que favorece un deterioro y un mal pronóstico de la enfermedad (Moreno Salas, 2012).

“En la unidad de desintoxicación de Galdakao, allí nos encontramos con cualquier cosa pero también es verdad que es un hospital y en el hospital estamos médicos 24 horas, así es fácil meter una persona con un trastorno bipolar descompensado que consume X... lo puede coger una unidad así pero ponte eso en un piso de acogida de una ONG con educadores 24 horas, eso es un marrón, ¿eh?”.

Respecto a la cuestión de si flexibilizar de alguna forma los consumos en determinados recursos y que no sean un motivo excluyente a la hora de proporcionar atención, las opiniones son diversas, dos de los cinco entrevistados consideran que es importante priorizar el espacio del recurso y el bienestar del resto de usuarios.

“Creo que tiene que haber cierta flexibilidad para permitir que la gente esté en esos servicios pero a su vez también hay que tener unos mínimos muy claros puestos porque estamos hablando del tratamiento de esa persona pero también de otros que están a su alrededor... entonces sí que tiene que haber espacios donde garantizar la abstinencia o garantizar que la medicación esté ¿no? hay personas que si no están medicadas pueden poner en riesgo su vida o la de los demás, en un ámbito de convivencia, en un no sé... en un piso... en una residencia donde hay cocina, tal cual... donde con-

vives... ¿no? entiendo que hay sí que si pues hay que garantizar una serie de mínimos”.

Desde un punto de vista histórico, el estigma y el rechazo hacia las personas drogodependientes siempre ha existido por lo que se deben superar los prejuicios clínicos y comenzar a desarrollar un enfoque basado en los derechos humanos dado que estos usuarios tienen derecho a percibir atención de calidad sin excepción, independientemente de la existencia de consumos activos o no (Moreno Salas, 2012).

“Desde mi punto de vista, dejar que el síntoma se exprese, se explicita. Sin la aparición del síntoma (consumo, en este caso) no se podría trabajar sobre él”.

Uno de ellos va más allá y expresa que el castigo no es favorable con este tipo de colectivo:

“Yo creo que el castigo no ayuda a estos pacientes de hecho los más graves solo funcionan con recompensa, eso se ve, por lo menos en el antisocial, el castigo les refuerza las conductas, ya están tan acostumbrados a eso... además les justifica su adicción, es como si ya me has echado... pues consumo. ¿Y qué función tiene el castigo? si surtiera efecto pues vale hay que ser poli pero hay que ser efectivo más que policía, a ver estos chicos que hemos echado estos años del programa porque eran heroínómanos y fumaban porros... ¿dónde están?, ¿dónde han acabado?”.

Diversos autores consideran que el criterio de recaída como aspecto para limitar el reingreso de un usuario a un servicio y/o recurso debe ser cuestionado. Siguiendo los planteamientos del proceso de cambio y la entrevista motivacional, tanto los deslices como las recaídas son considerados como parte del proceso de rehabilitación. Además, la posibilidad de que un paciente con comorbilidad presente una recaída resulta elevada por lo que debe interpretarse como un síntoma como otro cualquiera de la enfermedad (Moreno Salas, 2012).

En cuanto a la adherencia, coinciden por unanimidad todos los profesionales entrevistados. Consideran que la adherencia a los recursos de las personas con PD resulta muy escasa y algunos de los motivos que exponen son los siguientes:

“Los recursos a veces pues están limitados en cuanto a... pues tema económico mismo pues en cuanto a profesionales, en cuanto a citas individuales, en cuanto a citas psicológicas, en cuanto a citas psiquiátricas...y no puedes dar igual todo lo que estas personas necesitan ¿no? pero hombre yo creo que la mayor parte de la dificultad parte de la propia patología de las personas”.

“Porque el recurso no cubre ni sus expectativas ni sus necesidades, es decir, una persona con una enfermedad mental tiene unas necesidades muy distintas, de hecho cualquier servicio un enfermo mental o los enfermos mentales o las zonas de salud mental están muy diferenciadas del resto de los pacientes porque ni funcionan igual ni se trabaja igual ni el tipo de actividad que se hace con ellos es igual, con lo cual el abandono del recurso es porque no cubre primero sus expectativas, su necesidad es no solo de vínculo o de tratamiento de adherencia, de adherencia al tratamiento y no sé qué, al final abandona porque... no cumple la expectativa ni se adapta a la intensidad”.

Es cierto que las personas que presentan un TMG, comparten unos elementos comunes como pueden ser una mayor vulnerabilidad al estrés, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse de forma autónoma... derivados de los problemas de índole psiquiátrico y psicosocial propios de la enfermedad; sin embargo, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes tales como el trabajo, alimentación, apoyo sociofamiliar... (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002). A este hecho se debe añadir que este colectivo presenta gran variedad de problemas que no se reducen solamente a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

“Dos aspectos clave: la importancia/centralidad del TMG y todo lo asociado a él (medicación, alto control...) con el altísimo estigma que las personas arrastran por él. Y el empeño institucional de re-educar, entender la incorporación social como algo objetivo, positivista y no como algo particular”.

Por tanto, a pesar de que se compartan problemas más o menos frecuentes, estos se concretan y desarrollan en cada individuo de un modo individualizado y particular en función de la interacción de numerosos factores psicológicos, biológicos, familiares y sociales de la vida de cada persona (AEN, 2002).

6.4. Recomendaciones

De forma general los profesionales exponen la importancia de fortalecer la formación de las personas que intervienen en el ámbito de la patología dual, independientemente de si se pertenece al ámbito de lo social o de lo sanitario, resulta fundamental que por un lado el personal sanitario adquiera conocimientos acerca de herramientas para poder vincular, empatizar y resolver los conflictos que pueden ir apareciendo durante el proceso y que por otro lado el personal dedicado al ámbito social (trabajadores, educadores...) tengan conocimientos acerca de las diferentes patologías mentales así como los procesos de adicción y/o dependencia a sustancias para precisamente saber qué herramientas utilizar con cada persona.

“Yo creo que la formación de profesionales es muy importante y luego hacer un buen diagnóstico que las personas puedan tener ese diagnóstico y a partir de ahí ofrecer o actuar de la manera que uno precisa, que durante muchos años si es verdad que se ha ido tratando a todo el mundo pues igual, siguiendo todos los mismos itinerarios desde la buena fe de lo que funcionaba, de lo que había...pero todo esto tan cambiante y este perfil y este incremento de personas con patología dual pues requiere otra respuesta ¿no? yo creo que pasa por la formación y por un buen diagnóstico”.

También resulta fundamental diseñar itinerarios individualizados atendiendo a las características particulares de cada usuario.

“Hace falta ver menos droga y trastorno, para ver más personas, más vivencias, más emociones... para poder entender a las personas de verdad, independientemente del TMG que tengan o lo que consuman”.

Fantova (2009) considera que en una intervención transversal como es la intervención

en drogodependencias debe obtener mayor relevancia la coordinación y sinergia entre las diversas ramas. Abordando tres niveles: macro (planes, leyes), meso (ventanilla única) y micro (gestión de casos, protocolos).

Por otro lado, respecto al nivel de exigencia de los recursos se considera importante desarrollar recursos más intermedios, es decir, de baja o media exigencia para que las personas que no consiguen adaptarse a determinadas normas puedan incluirse en otro tipo de tratamientos con la libertad de poder elegir si desean seguir consumiendo, si quieren tomar la medicación... de esta forma les convertimos en protagonistas de su itinerario sociosanitario.

“No es que estas personas sean incapaces, sino que son incapaces de seguir nuestras normas, les ponemos unas metas insalvables, si se baja la exigencia, se baja el recurso a lo que necesita el sujeto ¿eh? joder pues haríamos una medicina para el sujeto, pero si a un señor que no tiene piernas le pones vallas nunca las va a saltar, no nos va a pedir ayudar y aunque se la queramos dar las condiciones no son buenas, son imposibles para él, que sí tómate la medicina, que sí levántate a las 8 de la mañana, que si haz papeles, que si no te drogas... claro es que si pudiese hacer eso sin problemas no estaría con nosotros ¿no?”.

La baja exigencia se basa en una metodología de trabajo donde el ritmo, necesidades, demandas, oportunidades y expectativas las va marcando la persona usuaria, es decir, no se parte de un nivel de exigencia preestablecido. Resulta fundamental que la propia persona sea la que detecte sus propias necesidades y los cambios tanto a corto como a largo plazo que desea ir dando, los profesionales deben estar a su lado y no “ir por delante” para evitar tanto la frustración del profesional como la del propio usuario (Fraiz, Arginarena y De la Rúa, 2014).

Siguiendo la misma línea, desde el ámbito educativo, el autor Csikszentmihalyi (1998) expone que lo fundamental en los programas y/o servicios, independientemente del ámbito al que pertenezcan, es que consigan proporcionar una sensación de que las habilidades de las personas son adecuadas para enfrentarse a los desa-

fíos que se van presentando. Las dimensiones que influyen en lo anteriormente comentado son el equilibrio desafío-habilidad, fusión acción-atención, metas claras y un feedback sin ambigüedad. En este caso, tal y como afirman algunos de los entrevistados, es importante lograr un equilibrio entre desafío-habilidad, es decir, no resulta conveniente proponer al usuario como profesionales unas metas demasiado elevadas porque generarían frustración y tampoco unas demasiado bajas o que no se corresponden con sus deseos porque el efecto que se conseguirá es de hastío y desinterés (Fernández, Pérez Nieto y González Ordi, 2013).

Otro aspecto que se recogió durante las entrevistas está directamente relacionado con el riesgo de desarrollar una especie de “complejo de héroe y/o salvador”. La idea de que se puede “salvar” a todas las personas con las que se interviene, ese pensamiento acaba siendo frustrante tanto para el profesional que se ve incapaz de encontrar herramientas o alternativas como para el usuario que se siente frustrado por no conseguir las metas propuestas.

“Hay veces que son causas perdidas y hay que asumirlo y estar con ellos hasta el final, ¿tú vas a abandonar a una insuficiencia cardiaca terminal porque ya no puedes hacer nada? pues no, ahí hasta que se muera, es un poco eso, sin ser héroe, pero estar ahí, claro que se les ve como causas perdidas y es frustrante porque se está destruyendo en tu cara y no puedes acceder a él, pero es que tienes que estar ahí y asumirlo”.

Por ello, resulta fundamental incorporar a nuestro esquema de pensamiento que este tipo de situaciones pueden darse e intentar normalizarlas dentro de lo posible tanto para proteger a los profesionales como a los usuarios.

Para terminar, varios profesionales han comentado la importancia de unificar la atención de las personas con patología dual, es decir, que la atención no sea parcializada para permitir que el usuario tenga una persona de referencia y no tenga que ir de un recurso a otro para tratar cada una de sus problemáticas y/o necesidades.

“Si te toca una persona con patología dual pues nos ayudaremos poco a poco, pero no

debemos pasarnos pacientes como pelotas de un sitio a otro... no pueden estar yendo por el alcohol a un sitio y a otro sitio por su trastorno mental y a otro sitio por el tema de la exclusión social...”.

A pesar de que lo ideal sería proporcionar a las personas con patología dual un tratamiento integrado, lo más común es que sean receptores de tratamientos en paralelo, dichos tratamientos experimentan diferencias en su organización y sus objetivos por lo que no existen criterios consensuados de intervención. Coincidiendo con lo anteriormente comentado a las personas con TMG y TUS, se les debe garantizar un acceso óptimo a un único modelo asistencial de tipo multidisciplinar que integre y no solamente coordine ambas redes debido a que la existencia como hasta ahora de dos puertas: adicciones y salud mental, para una única persona, genera el síndrome de la puerta equivocada (SEPD, 2016).

7. Conclusiones

Hasta hace relativamente poco tiempo, la mayoría de las investigaciones acerca de la patología dual se han basado en delimitar el concepto, en estudiar las consecuencias a nivel físico, así como el efecto de la medicación psiquiátrica y los tratamientos sustitutos de opiáceos. Sin embargo, a pesar de que se trata de investigaciones que sin duda contribuyen a mejorar la atención a las personas con dicha problemática, se debe prestar mayor atención a las consecuencias psicosociales de esta problemática, incluyendo también una perspectiva de género.

En esa misma línea, no se trata solamente de desarrollar una distinción entre sintomatología, diagnósticos, sustancias consumidas y sus efectos... sino que resulta recomendable pasar a un segundo plano la visión meramente sanitaria y atender a dicho colectivo desde una perspectiva biopsicosocial.

En las últimas décadas está adquiriendo una notoria importancia el espacio sociosanitario debido a que proporciona la posibilidad de ofrecer una intervención de carácter integral a las personas en situaciones de alta vulnerabilidad derivadas de determinadas enfermedades, situaciones de dependencia y/o carencias de tipo social. El

objetivo de dicho espacio es evitar proporcionar una atención parcializada y aumentar la accesibilidad de los usuarios a la atención tanto sanitaria como social. Este espacio es un claro ejemplo de cómo los recursos y servicios deben adaptarse en función de las necesidades de los colectivos a los que atienden porque a medida que se solucionan determinadas necesidades, van surgiendo otras diferentes a las que se debe proporcionar una respuesta eficaz, coordinada e integral. Por tanto, se exponen unas recomendaciones acerca de cómo mejorar la atención a las personas con patología dual.

Por un lado, resulta conveniente proporcionar mayor formación a los profesionales de atención directa pero no solamente en cuanto a diagnósticos, herramientas de intervención... sino también ofrecer desde las entidades públicas y privadas programas de formación para la erradicación del estigma por parte de los profesionales. Por otro lado, se ha evidenciado una alta cronicidad en los recursos destinados sobre todo a las personas con TMG. Cuanto mayor sea su efectividad menor será el grado de cronicidad entendido como la dependencia a un programa de tratamiento y/o a los profesionales del mismo por no conseguir dotar a los usuarios del mismo de autonomía suficiente.

Por tanto, la efectividad y la cronicidad son dos caras de la misma moneda, por lo que se plantea un reto de futuro: determinar con mayor precisión los factores para adaptar los programas a los usuarios y que no generen dependencia teniendo en cuenta que la fase de mantenimiento se debe de llevar en un soporte biopsicosocial durante un periodo de tiempo extenso.

Por último, también resulta fundamental prestar especial atención a la evolución de los perfiles de personas consumidoras de drogas debido a que el consumo ha ido cambiando hacia consumos aparentemente menos lesivos, más próximos y aceptables socialmente como el uso de cocaína o anfetaminas, sin embargo, las consecuencias del mismo son realmente graves.

Contacto

Claudia Calderón Calvo ✉ claudia.calderon@opendeusto.es
c/ Escuela de Artes y Oficios, 1 - 6º B • 48901 Barakaldo (Bizkaia)

Referencias bibliográficas

1. Leonardo, J., y Sobremonde, E. (2001). El espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: Una propuesta funcional de análisis. *Zerbitzuan*, 39, 518.
2. Farren, C. K., Hill, K. P., y Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 659-666.
3. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C. y Babin, F. (2013). Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 122-129.
4. Szerman, N., Martínez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Adicctive Disorders*, 12(1), 1-10.
5. Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte, I. (2015). *Libro Blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología Dual*. Saned, Madrid.
6. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2016). *Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
7. Pascual Mollá, M., y Pascual Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.
8. Muñoz, M., Crespo, M., Guillén, A. I., y Pérez, E. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid, Madrid, España: Editorial Complutense, S.A.
9. Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A. M., Aguilera, X., Delgado, I., y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.
10. Braña, B., Rodríguez Díaz, F., Cuesta, M., Bobes, J., Gómez, P., y Saíz, P. (2001). Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*, 13(3), 289-296.
11. Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
12. Major B. y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
13. Muñoz, M., Crespo, M., Guillén, A. I., y Pérez, E. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid, Madrid, España: Editorial Complutense, S.A.
14. Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental (2014). *Aproximación a la patología dual propuestas de intervención en la red FEAFES*. Madrid. <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf>; Consultado el 21 de junio de 2018.
15. López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(101), 43-83.

16. De Souza Caliarí, J., Araujo Teles, S., y Gir, E. (2017). Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH. *Revista de escuela de enfermería* (51), 1-7.
17. Loubat, M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite*, 12(39), 15-25.
18. Vicent, R. C. (2015). Gobierno de España. Obtenido de Barreras a la inclusión social de población drogodependiente cronicada: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015_Barreras_inclusion_social.pdf
19. Ruiz, P., y Beteta, P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. *Zerbitzuan*, 61, 33-50.
20. Torrens, M., Montanari, L., Vicente, J., Domingo-Salvany, A., y Mestre-Pintó, J. I. (2017). patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
21. Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.
22. Pérez-Floriano, L. R. (2018). Estigma, símbolos corporales y discriminación de personas consumidoras y sus familiares. *Revista cultura y drogas*, 23(25), 67-84.
23. Arana, X., y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual. *Eguzkilore*, 19, 169-215.
24. Sociedad Española de Patología Dual. (2016). *La adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso*. Extraído de http://www.patologiadual.es/prensa/np/2016junio28_NdP_decalogo-posicionamiento-patologia-dual.pdf; Consultado el 26 de junio de 2018.
25. Rodríguez Luna, M., Barrientos, M., Rosado, J., García Benítez, C., Reinoso, R., Luque, F., Cano, P. y Sánchez Moreno, A. (2016). *Actividad Motivada y Patología Dual*. Málaga. Extraído de <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/ACTIVIDAD-MOTIVADA-Y-PATOLOGIA-DUAL1.pdf>; Consultado el 21 de junio de 2018.
26. Winter Navarro, M., Gil Santiago, H., León Pérez, P., y Navarrete Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103-111.
27. Moreno Salas, M. (2012). Pautas de atención para personas con comorbilidad psicopatológica: drogodependencias y otros trastornos del eje i y ii. Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Extraído de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis35.pdf>; Consultado el 1-9-2018.
28. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial en el trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Cuadernos técnicos*, 6.
29. Fantova, F. (2009). *Los servicios sociales como marco de actuación para los programas de reducción de daños*. En I. D. Drogodependencias, Reducción de daños: lo aprendido de la heroína (págs. 85-102). Bilbao: Deusto Publicaciones.
30. Fraiz Alcubilla, T., Arginarena Ruiz, O., y De la Rúa Madrazo, I. (2014). Intervención desde la baja exigencia con personas sin hogar en el municipio de Bilbao. *Revista de Educación Social* (18), 1-10.
31. Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. (Eds.). (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
32. Fernández, M. P., Pérez Nieto, M. Á., y González Ordí, H. (2013). Efecto del flujo y el afecto positivo en el bienestar psicológico. *Boletín de psicología* (107), 71-90.

• Recibido: 20/03/2020.

• Aceptado: 20/04/2021.

Hábitos de consumo de drogas en la comarca de las Encartaciones, Bizkaia.

Drug consumption habits in the district of Encartaciones, Spain.

Ariadna Bahón (1), Naiara Ozamiz-Etxebarria (1), Maitane Picaza (2) y Naiara Bilbao (2).

(1) Universidad del País Vasco. Facultad de Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

(2) Universidad del País Vasco. Facultad de Educación. Departamento de didáctica y de la organización.

Resumen: Fundamentos: Pese a que la concienciación entorno al uso de drogas cada vez es más extensa, en el territorio vasco de las Encartaciones (Vizcaya, España) todavía queda mucho en lo que avanzar. Pocas han sido las investigaciones que se han llevado a cabo para conocer el consumo de la población encartada y, en consecuencia, realizar una intervención que dé respuesta a sus necesidades. Por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo es llenar ese vacío conociendo la realidad del consumo de sustancias psicoactivas en la población de las Encartaciones.

Métodos: En esta investigación han participado 479 personas de la población de las Encartaciones. Se ha realizado un estudio descriptivo sobre las variables sociodemográficas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de marihuana o cannabis y consumo de otras sustancias psicoactivas en la mancomunidad de las Encartaciones.

Resultados: Los resultados reflejan que el consumo de drogas legales es mucho mayor que el consumo de drogas ilegales. Además, se ha concluido que en general los hombres tienen un mayor consumo que las mujeres.

Conclusiones: Se defiende la necesidad de realizar programas de prevención en las Encartaciones.

Palabras clave: adicción; alcohol; tabaco; cannabis; sustancias psicoactivas; genero.

Abstract: Background: Despite the fact that the awareness of drug use is growing, in the Basque territory of Encartaciones (Biscay, Spain) there is still a lot of progress to be made. Few investigations have been carried out to find out about the consumption of the population of Encartaciones and, consequently, to carry out an intervention that responds to their needs. Therefore, the main objective of this work is to fill this gap by understanding the reality of psychoactive substance consumption in the population of Encartaciones.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Methods: This research has involved 479 people from the population of Encartaciones. A descriptive study has been carried out on the sociodemographic variables, tobacco consumption, alcohol consumption, marijuana or cannabis consumption and consumption of other psychoactive substances in the community of Encartaciones.

Results: The results reflect that the consumption of legal drugs is much higher than the consumption of illegal drugs. In addition, it has been concluded that in general men have a higher consumption than women.

Conclusions: The need to carry out prevention programs in Encartaciones is defended.

Keywords: addiction; alcohol; tobacco; cannabis; psychoactive substances; gender.

Introducción

Las Encartaciones es un territorio de 429,5 km² situado al oeste de Bizkaia, formado por nueve municipios: Arcentales, Balmaseda, Carranza, Galdames, Gordejuela, Güeñes, Lanestosa, Soportúa, Trucíos, y Zalla. Debido a su ubicación, algunas localidades limitan con Burgos, Álava o Cantabria.

Según el Instituto Vasco de Estadística (1), la población de las Encartaciones es de 31.806 habitantes. De ellos, 15.733 son hombres y 16.073 son mujeres. El 61%, se encuentra dentro de la franja de 19-64 años.

Debido a la escasez de estudios sobre drogas realizados en Las Encartaciones, a continuación, se describirá la situación existente en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) sobre alcohol, marihuana y tabaco. En cuanto al consumo de alcohol, según los estudios realizados por el Gobierno Vasco en 2017(2), el 93,2% de los participantes reconoce haber probado alcohol alguna vez, el 81,2% lo ha hecho en el último año y el 71,5% en el último mes. Sin embargo, el consumo de alcohol no es homogéneo, siendo los hombres los que más consumen alcohol (3).

En el caso de la marihuana, es la sustancia ilegal más consumida en la CAV. De hecho, el 39% de la población ha consumido marihuana alguna vez. En cuanto al género, entre quienes consumen diariamente (2%) se observa una desigualdad bastante significativa, ya que el número de hombres es el quintuplo de las mujeres. Por otro lado, al analizar la edad, la población menor de 25 años es la que más consume (4).

Por otro lado, más de la mitad de la población de 15 a 74 años en 2017 declaró haber probado tabaco alguna vez (5). Por lo tanto, después del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida por la ciudadanía vasca. Por último, los datos de otras sustancias ilegales indican que la diferencia de género es notable (2), es decir, que el consumo de sustancias ilegales entre las mujeres es menor.

Aunque hay pocos datos sobre el consumo de drogas en Encartaciones, desde la década de los 80, la Mancomunidad de Encartaciones ha puesto en marcha diversas iniciativas en materia de drogodependencias (6). Por ello, para dar respuesta a las necesidades identificadas y hacer prevención, en los últimos años, se ha puesto en marcha el Plan Municipal de Adicciones 2016-2020. Asimismo, el plan recoge una serie de percepciones sobre la situación actual.

Por un lado, destaca el desconocimiento de los servicios y programas dirigidos a las adicciones. Además, se señala que el consumo normalizado y extendido de marihuana es agravante y que se ha desarrollado un ocio destinado al consumo de alcohol entre jóvenes y adultos. Esto último puede relacionarse con la escasez de recursos y herramientas para el ocio y el tiempo libre (7).

Por otro lado, el Plan Municipal de Adicciones 2016-2020 recoge los datos aportados por los profesionales. En este apartado se explica el aumento del consumo de sustancias entre los jóvenes de 15 a 20 años y, además, a partir de su experiencia con los jóvenes, se reconoce que les gusta el consumo de drogas y que tienen una baja percepción de riesgo (6).

El objetivo principal del presente trabajo es reflejar el consumo y conocimiento de las sustancias presentes en el ámbito de las Encartaciones, es decir, realizar un análisis de la realidad del consumo de drogas en este territorio específico. Se analizará el consumo según el género, edad y tipo de sustancias.

Sujetos y métodos

Se elaboró un cuestionario ad hoc para reunir información sobre las variables sociodemográficas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de marihuana o cannabis y consumo de otras sustancias psicoactivas

Para crear la herramienta se ha utilizado el recurso Google Forms. Así, se ha difundido el enlace a través de redes sociales mediante la metodología de bola de nieve.

La encuesta se ha extendido a los pueblos que forman parte de la Mancomunidad de las Encartaciones. Se han incluido todos los géneros y,

atendiendo a la edad de la muestra, se han analizado las actitudes de consumo de la población de 18 a 63 años.

Todos los sujetos participaron voluntariamente, recibieron información sobre el procedimiento de la investigación y dieron su consentimiento informado. Por lo tanto, el procedimiento siguió los requisitos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

En el presente estudio participaron un total de 479 personas. De éstos 61,5% mujeres, 38% hombres y 0,5% de género no binario. En lo que a la edad se refiere, el 28% tenía entre 25-24 años, el 24% entre 25-34 años, el 36% entre 35-54 años y el 2% entre 55-74 años.

En cuanto al consumo de tabaco (Tabla 1), la mayoría de los participantes no fumaban tabaco (51%). Por género, entre las mujeres fumaba el 24% y entre los hombres el 23%.

Fumadores	No		Una vez en la vida		Algunas veces		Sí	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mujeres	142	48	45	15	37	13	71	24
Hombres	100	55	23	13	16	9	43	23
Todos	242	51	68	14	54	11	115	24

En lo que al consumo de alcohol se refiere, en general los hombres tenían mayor consumo de alcohol que las mujeres. A la hora de analizar la frecuencia de consumo de alcohol a lo largo de la semana (Tabla 2), los resultados muestran que los participantes que tomaban bebidas etílicas

diariamente eran el 2%. Quienes consumían la sustancia sólo los fines de semana son el 41%, el 42% de las mujeres y el 40% de los hombres. Como en el caso del tabaco, la franja de edad de inicio más frecuente era la franja de 12-18 años (96%).

Frecuencia de consumo a la semana	Todos		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
Todos los días	11	2	3	1	8	5
Dos veces	39	8	17	6	22	12
Tres veces	31	7	11	4	20	11
Cuatro veces	20	4	9	3	11	6
Solo fin de semanas	197	41	123	42	73	40
No bebo alcohol semanalmente	178	37	130	44	48	26

Siguiendo con el análisis de los resultados, el consumo de cannabis en los hombres era superior al de las mujeres. Del total de participantes, el 4% eran consumidores diarios de marihuana, es decir, 19 de los 479 participantes; 4 mujeres y

15 hombres (Tabla 3). Basándonos en los resultados obtenidos al preguntar por el primer consumo de marihuana, el 84% de las respuestas se concentran en el intervalo 13-20.

Tabla 3. Consumo de cannabis durante la semana según el género

	Todos		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
Todos los días	19	4	4	1	15	8
Semanalmente	11	2	3	1	8	5
Los últimos 30 días	12	2	7	2	5	3
Los últimos 12 días	17	4	9	3	8	5
De vez en cuando	84	18	46	16	37	20
Una vez en la vida	174	36	105	36	68	37
Nunca	162	34	121	41	41	22

Para continuar con el análisis, el 22% de los participantes declaró haber consumido alguna sustancia psicoactiva distinta del alcohol, el tabaco y la marihuana. Dentro de este 22% se encontraba el 11% de las 295 mujeres encuestadas y el 40% de los 182 hombres.

En cuanto al consumo de cocaína, anfetaminas o speed, MDMA o éxtasis, LSD, heroína y disolventes volátiles, las sustancias más consumidas fueron la cocaína (5%), anfetaminas o speed (4%) y MDMA o éxtasis (4%). Asimismo, a la hora de preguntar sobre el consumo de otras sustancias, la seta alucinógena fue la sustancia más repetida.

Para terminar con el análisis, el 37% de la muestra aseguró no tener suficiente información sobre las drogas.

Discusión

Este apartado se inicia con el análisis de la desigualdad de género en la participación de mujeres y hombres. De hecho, la presencia de mujeres en la investigación ha sido mayor que la de los hombres. Una de las razones de este hecho, tal y como se refleja en las características demográficas de Las Encartaciones, puede deberse a la preponderancia de las mujeres en esta comarca (1). Por otro lado, la encuesta se ha difundido a través de las redes sociales y, en comparación

con los hombres, las mujeres suelen tener una participación más activa (8).

En cuanto al consumo de tabaco, el 24% tiene costumbre de fumar. El resultado coincide con la investigación llevada a cabo por el Gobierno Vasco en el año 2017, en la que el 22,1% reconocía que fumaba (5). Esto se debe a que cómo, Osakidetza ha puesto de manifiesto en su informe “Euskadi libre de humos de tabaco” (9), las leyes antitabaco publicadas en 2005 y 2010 han hecho que la venta de paquetes de tabaco por habitante en el País Vasco y en España haya descendido considerablemente. De hecho, en el año 2005 se vendieron en Euskadi 120,3 paquetes de tabaco por habitante, 72,3 en 2011 y 57,8 en 2014.

En la misma línea, los resultados del estudio reflejan que, en Las Encartaciones, sobre todo, el consumo de tabaco comienza entre los 12 y los 18 años. Los datos recogidos son bastante similares a los de un estudio realizado en Andalucía en el que en el primer consumo de tabaco predominan los 11-20 años (10). Estos datos coinciden con lo que señala Caldentey (11) que, en España, en comparación con la Unión Europea, los jóvenes empiezan a fumar antes, ya que el 33% de las chicas de 14 a 18 años y el 29% de los chicos son fumadores.

Lo mismo ocurre con el alcohol, Fernández-Hermida (12) señala que el consumo de esta droga

en los países europeos comienza cada vez antes, ya que el alcohol se concibe como una vía para pasar el tiempo con los amigos y establecer relaciones humanas en el grupo. Por otro lado, según el mismo autor, las personas jóvenes suelen tener un mayor consumo de alcohol, mientras que los mayores consumen de forma equilibrada a lo largo de la semana, en concreto, los más jóvenes tienen un consumo relacionado con la fiesta y los fines de semana. Además, Barreiro, Boubeta, Folgar, Golpe y Gómez (13) señalan que los jóvenes que comienzan a consumir alcohol más temprano tienen más riesgo de sufrir efectos cerebrales y neurocognitivos. Sin embargo, según los resultados obtenidos en la investigación realizada por Barreiro, Boubeta, Folgar, Golpe y Gómez (13) el inicio del consumo de alcohol se sitúa en una edad media de 13,4 años, pero en esta investigación se sitúa en 15,6 años, lo que podríamos considerar un hallazgo más positivo por ser una edad más tardía. En la investigación, el 90% de los participantes reconoce beber alcohol habitualmente y los resultados son bastante similares a los obtenidos por el Gobierno Vasco (3).

En cuanto al consumo del cannabis, los resultados del presente estudio muestran que también es mayor en hombres que en mujeres con un 4% de consumidores de la muestra. Lo mismo ocurre con las drogas psicoactivas diferentes al alcohol y tabaco. Salvo con el tabaco, las mujeres suelen tener un consumo de drogas más bajo que los hombres. Los datos obtenidos coinciden con dos estudios expuestos anteriormente (2, 10), en las que el consumo de las mujeres es también infe-

rior al de los hombres. No cabe duda de que los hábitos de vida de los hombres son más perjudiciales para la salud. Además, según Pardo (14), si nos fijamos en las responsabilidades que marca la tradición, vemos que la responsabilidad del bienestar y la salud recae sobre las mujeres. En consecuencia, el consumo de drogas por parte de los hombres se considera más natural y está más aceptado cultural y socialmente. Así, las mujeres consumidoras de drogas, por ir en contra de los valores sociales dominantes, sufren una mayor exclusión social (14). Sin embargo, basándonos en los datos recogidos en la encuesta, el mayor consumo de tabaco por parte de las mujeres no es lo habitual, contradiciendo a los estudios mencionados anteriormente.

Para concluir, el presente estudio ha demostrado la realidad del consumo en las Encartaciones. Es importante señalar que el 37% de los participantes afirma no tener información suficiente sobre las drogas. Esta falta de conocimiento es una de las consecuencias de la falta de intervención socioeducativa dirigida a las drogodependencias en Encartaciones. Bernal, Díaz, Jiménez y Ruiz (15) señalan que los programas psicosociales mejoran la resistencia a la presión grupal que se encuentra entre los factores que pueden influir en el consumo. De igual manera, los proyectos que trabajan las competencias sociales fomentan la toma de decisiones personales en el uso de drogas(15). Por lo tanto, se defiende la necesidad de realizar programas de prevención en esta área de Vizcaya.

Contacto

Naiara Ozamiz ✉ naiara.ozamiz@ehu.eus

Bibliografía

1. Eustat. Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, grandes grupos de edad cumplida, sexo y periodo. 2020. Disponible en: https://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2212_epo6b.px#axzz61lTRAbNd [Citado octubre 2020].
2. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en Euskadi 2017: avance de datos. 2017. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/Euskadi-y-Drogas-2017.pdf [Citado octubre 2020].

3. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en Euskadi 2017: monográfico sobre el consumo de bebidas alcohólicas. 2017. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/Encuesta-sobre-Adicciones-2017-Alcohol.pdf [Citado octubre 2020].
4. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en Euskadi 2017: monográfico sobre el consumo de cannabis. 2017. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/Monografico-Cannabis-2017.pdf [Citado octubre 2020].
5. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en Euskadi 2017: monográfico sobre el consumo de tabaco. 2017 Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/Encuesta-sobre-Adicciones-2017-Tabaco.pdf [Citado octubre 2020].
6. Mancomunidad de Encartaciones. Plan local de adicciones 2016-2020. 2016 Disponible en: <https://www.enkarterri.eus/es-ES/Documents/PLAN%20LOCAL%20ENKARTERRI-%20abril%202017.pdf> [Citado octubre 2020].
7. Quintana IL, Ortuzar, AMEl ocio nocturno de la juventud en España. In La marcha nocturna: *¿Un rito exclusivamente español?* Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).2016:34-95.
8. Instituto Nacional de Estadística. Hábitos en Internet. 2016. Disponible en:<https://www.ine.es/prodyser/myhue17/bloc-3c.html> [Citado octubre 2020].
9. Osakidetza. Euskadi libre de humos de tabaco. 2018. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vive_sin_tabaco/es_def/adjuntos/Euskadi-libre-humo-tabaco.pdf [Citado octubre 2020].
10. Junta de Andalucía. La población andaluza ante las drogas XIV. 2019ko. 2017. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/19/02/Estudio%20a%20población%20andaluza%20XIV.pdf> [Citado octubre 2020].
11. Caldentey, D. España es el país de la UE donde los jóvenes (sobre todo ellas) se enganchan antes al tabaco. UNIR revista. 2018. Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revisita/noticias/dia-mundialtabaco-espana-adiccion-pais-de-la-ue-donde-los-jovenes-sobre-todo-ellasse-enganchan/549203619584/> [Citado octubre 2020].
12. Fernández-Hermida, JJ. Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona. Socidrogalcohol (2008).

- Recibido: 10/10/2020.
- Aceptado: 15/12/2020.

La contratransferencia: “Desde la Otra silla”.

Countertransference. From the Other chair.

Adriana Pérez Requena.

Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resumen: Aunque su desarrollo ha tenido que esperar un tiempo, el estudio de la contratransferencia ha sido foco de interés desde los inicios del psicoanálisis y, como tal, objeto de transformaciones, críticas y debates tanto desde el punto de vista de la teoría como de la clínica. En el presente trabajo se revisan las principales corrientes sobre la contratransferencia y cómo concibe cada una el proceso terapéutico y qué consideraciones relevantes podemos extraer para su aplicación en la práctica clínica.

Palabras clave: contratransferencia, psicoanálisis, Sigmund Freud, Jacques Lacan, Paula Heimann, Heinrich Racker.

Abstract: Although its development has had to wait a while, the study of countertransference has been a focus of interest since the beginnings of psychoanalysis and, as such, the object of transformations, criticism, and debates both from the point of view of theory and clinical. In this paper, the main currents on countertransference are reviewed to see how each one conceives the therapeutic process and which considerations we can extract for its application in clinical practice.

Key Words: countertransference, psychoanalysis, Sigmund Freud, Jacques Lacan, Paula Heimann, Heinrich Racker.

1. Introducción

Las enormes sillas que custodian la entrada del Hospital Río Hortega de Valladolid¹ capturan la mirada de todo aquel que se persona en sus emplazamientos. Un magno amasijo de sillas de hierro que, en ordenado caos, dan la bienvenida y sirven de refugio a pacientes, familiares, sanitarios y demás trabajadores que día a día transitan el lugar.

Casualmente, hace unos meses, cuando ya estaba inmersa en la elaboración de este texto, recibí

en el teléfono móvil una noticia: ¿Qué significan las sillas gigantes del Río Hortega en Valladolid? decía el titular del artículo en el que el profesor Ignacio Rosell aportaba una teoría para explicar la obra de Javier Mariscal “La silla es el invento que nos permite permanecer al lado del enfermo, observar, entablar conversación previa a la exploración y hacer preguntas de su historia clínica: qué le ocurre, desde cuándo, a qué lo atribuye”².

¹ MARISCAL, J.: Conjunto escultórico para el Hospital Río Hortega de 170 de largo por 12 metros de altura. Valladolid: Hospital Universitario Río Hortega; 2006.

² SASTRE, H. *¿Qué significan las sillas gigantes del hospital Río Hortega en Valladolid? Un profesor de la Universidad ofrece una respuesta*. El Norte de Castilla [Internet]. 2020 [citado diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/significan-sillas-gigantes-20200206193757-nt.html>.

En dicha explicación, sin duda una entre muchas posibles, se hace hincapié en la silla del médico desde la que se pregunta para extraer un saber del enfermo. Sin embargo, el propósito de este trabajo es preguntar a aquel que se sienta en la silla del médico para ver qué se produce en él durante el encuentro con su paciente y si es eso o no relevante.

El profesional que se sienta a atender a un paciente no permanece impasible ante sus dolencias y sufrimientos, sino que se hace cargo de ellos. Se involucra con su propio ser en la trama que este le narra convirtiéndose en sede de turbaciones y desconciertos que, si bien tienen que ver con sus propios conflictos y disyuntivas personales, se ponen en juego en el encuentro con un Otro cuya historia se entrelaza inevitablemente con la propia. Aunque es de hierro la silla, no lo es quien en ella se sienta.

Tomar consciencia de todo aquello que acaece en el profesional que atiende el sufrimiento psíquico se revela ineludible como garante de un buen quehacer clínico. Hablamos de pararse a pensar la contratransferencia y el modo en que esta se presenta, así como de qué manera puede perturbar la labor clínica.

2. Desarrollo histórico

2.1. Origen en Freud

Fue Freud quien, en 1910, mencionó por primera vez en un trabajo científico el término "contratransferencia" (*Gegenübertragung*) definiéndola como "la respuesta emocional que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente"³.

Con la aparición de la contratransferencia, se comienza a dar relevancia a la manera en que el analista podía llegar a involucrarse con sus propios afectos en el tratamiento con sus pacientes⁴ pasando de ser un mero observador a convertirse en un participante activo en la rela-

ción analítica que quedaría definida "como una relación bipersonal, recíproca, de transferencia y contratransferencia"⁵.

Es precisamente por incorporar la propia subjetividad del analista en el tratamiento, que Freud otorga a la contratransferencia un carácter peyorativo. La consideraba una traba a la prosecución de la cura, fruto de conflictos inconscientes no analizados del analista, que era necesario elaborar y profundizar en un autoanálisis⁶ o bien en un análisis didáctico conducido por otra persona⁷.

Esta definición introducida por Freud de la contratransferencia como obstáculo que debía ser removido mediante el análisis del analista, en la actualidad es considerada como el sentido restringido o tradicional del concepto.

2.2. Contratransferencia en la primera mitad de siglo

2.2.1. La lectura de Ferenczi

Sandor Ferenczi fue uno de los contados analistas que trató de profundizar y dar una nueva lectura a las aportaciones de Freud acerca de la contratransferencia. Ferenczi confiere a la contratransferencia el valor de instrumento indispensable para la comprensión de los pacientes y advierte que los esfuerzos realizados por controlar la podían ir en detrimento de la escucha analítica y la comprensión empática. El autor consideraba "la interacción transferencia-contratransferencia (...) como el núcleo central del trabajo analítico"⁸.

El dominio de la contratransferencia sería ese estado mental requerido para "dejarse llevar"⁹ como exige la cura psicoanalítica, evitando tanto no tomarla en consideración como caer en el otro extremo y ser un analista demasiado duro

3 FREUD, S.: *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910), en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo XI, 1986, p. 136.

4 PUMARINO, L., MONTES, C., RAMÍREZ, A., MENCHACA, A., ZÁRATE, C. y FERNÁNDEZ, C.: "Contratransferencia: ¿herramienta útil en nuestros días?", *Revista GP*, 2016, Vol. 12; 3, p. 304.

5 ETCHEGOYEN, H.: *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica* (1986), Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996, p. 236.

6 Véase FREUD, S.: *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910), *op. cit.*, pp. 133-142.

7 Véase FREUD, S.: *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo XII, 1976, pp. 107-119.

8 MARTÍN-CABRÉ, L.: «La contribución de Ferenczi al fenómeno de la contratransferencia». 2011, *op. cit.*, p. 80.

9 Véase FERENCZI, S.: *Elasticidad de la técnica psicoanalítica* (1928), en *Obras Completas, Tomo IV*, Madrid, Espasa Calpe, 1981.

y esquivo. La mejor vía para lograrlo sería el análisis del analista que él mismo denominaría como la segunda regla fundamental.

Muchas de las ideas que Ferenczi había intuido en las primeras décadas del siglo XX, volvieron a aparecer en los años 50. Sin embargo, nadie se refirió a él debido a cierto descrédito de sus métodos y el consecuente olvido de sus trabajos. No fue hasta hace algunos años que, autores de la corriente intersubjetiva o el constructivismo social, retomaron e hicieron resurgir sus aportaciones.

2.2.2. La intuición del analista

Durante varias décadas apenas se investigó sobre el tema de la contratransferencia, pero sí sobre la utilidad de la intuición del analista, entendida como un momento de ruptura en el que, de repente, se impone algo inesperado a nuestra comprensión¹⁰.

Wilhelm Reich (1933), consideró que las reacciones afectivas del analista pueden contener información intuitiva de lo que le está pasando al paciente¹¹. De hecho, según su opinión, los buenos resultados no dependen únicamente de la técnica sino también de la capacidad intuitiva del analista y de un don especial a la hora de interpretar el material que se produce en sesión.

Otto Fenichel (1941), por su parte, sin bien acuñó los conceptos de receptividad e intuición analítica tampoco habló de la contratransferencia como instrumento para comprender al analizado¹². Es más, consideraba que todo lo relacionado con la contratransferencia debía ser eliminado por medio de un análisis didáctico.

Otro autor que por esta época mencionó el tema de la intuición fue Theodor Reik¹³ quien, en 1933, elaboró una teoría del *insight* del analista, basada en el uso de la intuición y la sorpresa. Para él,

la intuición ofrecida por nuestro inconsciente era la mejor vía para acceder al material del analizado y consideraba un error explorar los procesos psíquicos a partir de ideas preconcebidas extraídas de conocimientos teóricos.

Aunque el tema de la contratransferencia late bajo todos estos trabajos, no se la considera un instrumento del analista ni se habla acerca de su utilidad en la práctica clínica. No obstante, ya se pueden comenzar a vislumbrar algunas de las líneas principales de los planteamientos que, años más tarde, se considerarían revolucionarios.

2.2.3. Las aportaciones de Winnicott

A finales de la década de los 40, Donald Winnicott¹⁴ se inclina por un concepto muy amplio de contratransferencia que engloba los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y personalidad, así como las reacciones emocionales objetivas/reales. Winnicott no se va a referir a la contratransferencia como instrumento exclusivamente técnico sino a los sentimientos reales e intensos, especialmente el odio. Estos pueden aparecer en el analista durante el tratamiento de pacientes muy enfermos y dar lugar a problemas de manejo de la cura, lo cual suele dejar al analista sin recursos. Por otra parte, considera imprescindible aceptar estas vivencias y tolerarlas para mantener la objetividad, y evitar que determinen la actitud del profesional con los pacientes.

No obstante, resulta interesante la contribución que realiza sobre el valor diagnóstico de la contratransferencia y su utilidad de cara a obtener información sobre la gravedad de los pacientes. Esta información la obtiene en función de las reacciones emocionales que el profesional mismo experimenta ante sus pacientes. Estas ideas dieron pie a intentos posteriores de sistematización de la utilidad diagnóstica de las emociones.

¹⁰ ETCHEGOYEN, H.: *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica* (1986), Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996, p. 236.

¹¹ Véase REICH, W.: *Análisis del carácter* (1933). Buenos Aires, Paidós, 1957.

¹² Véase FENICHEL, O.: *Problemas de técnica psicoanalítica*. (1941), Rosario, Argentina, Ediciones Control, 1973.

¹³ Véase REIK, T.: «New-ways in psycho-analytic technique», 1933, *The International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 14, pp. 321-334.

¹⁴ Véase WINNICOTT, D.W.: «El odio en la contratransferencia (1949)», 1971, *Revista de Psicoanálisis (APA)*, Vol. 28 (2), pp. 433-447.

2.3. Contratransferencia en la segunda mitad de siglo

2.3.1. “La revolución”: Paula Heimann y Heinrich Racker

Si bien la idea de la contratransferencia como factor sustancial del proceso analítico pudiera haber estado siempre presente en la mente de los analistas, no fue hasta la segunda mitad del siglo XX que comenzó a organizarse un cuerpo doctrinal al respecto. Es a partir de los planteamientos de Paula Heimann (1949) y Heinrich Racker (1953), que la contratransferencia deja de ser considerada un escotoma, un fenómeno que entorpecía el trabajo analítico, para pasar a aceptarse como un instrumento de comprensión del paciente y del vínculo terapéutico, así como a otorgarle un valor diagnóstico y pronóstico. De esta manera, se autoriza la contratransferencia, que en la ortodoxia analítica era considerada una fuente de perturbación del análisis, y se pasa su rechazo total a considerarla un ingrediente ineludible y “sumamente útil en la dirección de la cura”¹⁵.

Comienza así un cambio de paradigma hacia una *concepción extensiva* de la contratransferencia cuyas bases se asientan en la relevancia otorgada al papel de la subjetividad y emotividad del analista y a su empleo en el proceso analítico.

2.3.2. División de aguas: Lacan

Casi coincidiendo con la publicación de estos trabajos, en una época en que la relación analítica (la transferencia, la contratransferencia y la posición del analista) cobraba especial importancia en las discusiones de los clínicos, Jacques Lacan publica “Intervención sobre la transferencia”¹⁶. Con este texto, donde se vuelve a poner de relieve el estatus de obstáculo de la contratransferencia, Lacan se situará como principal opositor al concepto, rechazando su empleo en el tratamiento y manteniéndose fiel a los postulados freudianos.

Para Lacan, la contratransferencia no es más que la función del ego del analista, es decir, de

la suma de sus prejuicios¹⁷ que lo coloca “en el riesgo de vacilar y decaer de su posición en la transferencia”¹⁸. Llevando así el curso del análisis al enredo en las trampas de la intersubjetividad donde se desvanecen las posibilidades de simbolización.

3. ¿Qué se entiende por contratransferencia?

3.1. Desde la perspectiva contratransferencial o extensiva

Para Heimann el término contratransferencia abarca la “totalidad de los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente”¹⁹. La concibe como una de las herramientas de trabajo más importantes. Cuestiona así la idea del analista distanciado que neutraliza sus sentimientos y lo invita a no retroceder ante el compromiso emocional que se establece con el paciente durante la cura.

Por su parte, Racker²⁰ se refirió a la contratransferencia como la posición básica que adopta el analista frente al analizado, afirmando que la realidad de la transferencia es respondida por la de la contratransferencia. Consideraba que es precisamente a través de la contratransferencia que experimentamos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace.

Años más tarde, Otto Kernberg²¹, en la línea con estos autores, aunque adoptando una postura más moderada, se referirá a la contratransferencia como una de las tres fuentes de información más importantes en la situación analítica, junto con la experiencia subjetiva del paciente y la conducta no verbal. Asimismo, pone el acento en su utilidad diagnóstica y clínico-terapéutica al entender que los estados afectivos y

17 LACAN, J.: «Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954», *El Seminario*. Libro I, Paidós, Buenos Aires, 1981, pp.34 y 43.

18 COSENZA, D., DI CIACCIA, A., GRASES, S.: *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, Madrid, Gredos, 2008, p. 67.

19 HEIMANN, P.: «Sobre la contratransferencia (1949/50)», 2000, *Revista de Psicoanálisis (APM)*, Vol. 32, pp. 43.

20 Véase RACKER, H.: *Los significados y usos de la contratransferencia (1957)*, en *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*, Estudio VI, México DF, Editorial Paidós, 1990, pp.303-357

21 Véase KERNBERG, O.: «La contratransferencia». En *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico (1975)*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1979, pp. 57-72

15 MILLER, J. A.: «Contratransferencia e intersubjetividad», 2003, *Revista Freudiana*, Vol. 38, p. 18.

16 LACAN, J.: *Intervención sobre la transferencia (1951)*, en *Escritos I*, B.A.: Siglo XXI, 2003, pp. 204-215.

emocionales de los cuales es sede el terapeuta permiten identificar representaciones disociadas del paciente que son desplazadas al analista mediante mecanismos de proyección²². Así, cuanto más fluctuante y caótica sea la contratransferencia, más motivos habría para pensar que nos encontramos ante un paciente gravemente regresivo²³.

3.2. Desde la perspectiva clásica o restrictiva

Ante este panorama emergente, como se señaló líneas arriba, Lacan hace un retorno a Freud tratando de recuperar y fortalecer la visión de la contratransferencia, en tanto obstáculo, que este había propuesto. Va a definir la contratransferencia como “la suma de los prejuicios, las pasiones, las perplejidades e incluso de la insuficiente formación del analista (...)”²⁴. Si bien considera que es consecuencia de “la implicación necesaria del analista en la situación de transferencia”²⁵, la presenta como “un concepto inadecuado para la teoría analítica pensable únicamente si se reconduce a otro concepto fundamental del que depende, el de transferencia”²⁶.

La indicación de Lacan es dejar, en la medida de lo posible, la propia contratransferencia fuera de la dirección de la cura y llevarla al análisis personal y probablemente también a la supervisión del caso. Siguiendo este enfoque, el *enfoque restrictivo*, de lo que se trata respecto a la contratransferencia es de superarla.

3.3. Dos visiones contrapuestas

Tratando de adoptar una postura intermedia se podría afirmar que, si bien no conviene sentirse cómodos con la contratransferencia, existen sentimientos que tienen lugar en el profesional de

los cuales es posible servirse para orientar, trabajo clínico²⁷.

No resulta sencillo conciliar ambas perspectivas ya que nos hallaríamos entre dos maneras distintas de entender la experiencia analítica. Una haría prevalecer los procesos afectivos y cognitivos puestos en juego, y otra haría hincapié casi de forma exclusiva en el “material significativo producido en sesión por el analizante”²⁸. Esto nos llevaría a pensar que existen también dos maneras distintas de concebir la posición del analista. Así, desde la *perspectiva extensiva*, el analista entraría en la cura como sujeto llevando a la sesión lo que siente en la relación con el analizante. Para Lacan, en cambio, representante de la *perspectiva clásica*, en el centro de la cura analítica estaría la palabra del analizante y no la vivencia del analista en tanto sujeto.

3.3.1. Lo imaginario y lo simbólico

Dentro de la relación analítica, Lacan distingue la dimensión imaginaria de la transferencia, caracterizada por la especularidad dual de la relación entre dos individuos; de la dimensión simbólica, donde se sitúa la relación del sujeto inconsciente con el Otro simbólico al que dirige su discurso dado que le supone un saber acerca de la causa de su deseo. Diríamos que el trabajo analítico procede eficazmente cuando se instala respecto a la dimensión simbólica de la transferencia y es capaz de plantear una interpretación que hace caer la trama imaginaria de la intersubjetividad, permitiendo al analizante elaborar simbólicamente los *impasses* que lo afligen en las relaciones con los otros que forman parte de su vida. El estancamiento transferencial se produce, en cambio, cada vez que la transferencia se enquistada en la relación dual, intersubjetiva y simétrica con el analista puesto que obtura el acceso al campo de lo simbólico, es decir, a la verdad del sujeto a la cual se llega a través de la palabra.

Lo esencial en relación a la transferencia del analista, es decir, a la contratransferencia para la *perspectiva clásica*, se basaría en mover el lugar

22 Véase KERNBERG, O.: «La transferencia y la contratransferencia en el tratamiento de pacientes fronterizos». En *La teoría de las relaciones objetivas y el psicoanálisis clínico*, México, Paidós, 1993, pp.134-151.

23 Véase KERNBERG, O.: «La contratransferencia». *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (1975), op. cit., pp. 57-72.

24 LACAN, J.: *Intervención sobre la transferencia* (1951), op. cit., p. 213.

25 LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 8. La Transferencia*. (1960/61), Buenos Aires, Ediciones Paidós, 2003, p. 227.

26 COSENZA, D., DI CIACCIA, A., GRASES, S.: *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, op. cit., p. 101.

27 Véase KERNBERG, O.: «La contratransferencia». En *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (1975), Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1979, pp. 57-72.

28 COSENZA, D., DI CIACCIA, A., GRASES, S.: *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, op. cit., p. 107.

del analista del registro imaginario al simbólico y reducir así a la mínima expresión las “derivadas imaginarias vinculadas a la relación especular analista-analizante”²⁹, donde no hay simbolización posible y que, por el contrario, encuentran amplio apoyo en los desarrollos posfreudianos.

3.3.2. La figura del zen

Esto nos remite nuevamente a pensar acerca del lugar del analista en la cura. En este sentido, dar excesivo peso a las reacciones emocionales del analista implicaría un perjudicial apartamiento de la posición de neutralidad. Lacan señala la relevancia de dirigir al analista hacia una desobjetivación: la posición zen, desde la que se le orienta a “hacerse el muerto cadaverizando su posición”³⁰ y dejando a un lado su “yo”. Esta intención de alcanzar la impersonalidad no busca más que proteger el estatuto del inconsciente y “darle la oportunidad de revelarse (...) de la forma más pura posible”³¹. Esto no significa que para Lacan el analista deba ser desafecto, sino que es animado por un deseo más fuerte: el deseo del analista, que lo empuja a no dejarse llevar subjetivamente por el torrente de las pasiones. El deseo del analista funciona como operador del psicoanálisis, interroga el deseo del Otro y permite “a la transferencia instalarse en el eje simbólico del sujeto supuesto saber”³², permitiendo así relanzar el trabajo de simbolización.

El analista que orienta su trabajo en la contratransferencia, está animado por un *culto de la vivencia*, lo que le hace convertirse en sede de una respuesta afectiva hacia el paciente. Por el contrario, el analista lacaniano, orientado por la lógica del inconsciente, se convierte en receptor de la respuesta significativa del paciente y facilita así la elaboración simbólica en torno a los significantes enigmáticos que caracterizan su síntoma y su deseo inconsciente³³.

29 Ídem, p.86.

30 LACAN, J.: «La cosa freudiana o sentido de retorno a Freud en psicoanálisis», en *Escritos I*, México, Editorial Siglo XXI, 1978, p.173.

31 Véase MILLER, J. A.: «Contratransferencia e intersubjetividad», op. cit. pp. 7-27.

32 COSENZA, D., DI CIACCIA, A., GRASES, S.: *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, op. cit., p. 160.

33 Ídem, p.107.

3.3.3. ¡No goces de tu inconsciente!

Si bien la crítica de Lacan a la contratransferencia ha encarado mayoritariamente la vertiente imaginaria de la experiencia contratransferencial, hay otro punto que se sitúa relevante en su argumentación: la noción de goce. Desde este enfoque, se podría definir la contratransferencia como el goce que el analista extrae en el curso de la sesión respecto a la propia introspección, que lo conduce a exteriorizar al paciente su propia vivencia, lo que siente y piensa. Ese goce que se halla también en adoptar la posición de sujeto supuesto saber, en tener el privilegio de interpretar y dar sentido, en creerse poseedor de las soluciones a los problemas de la vida. Sería este mismo goce, el que con frecuencia hace continuar los análisis más allá de la caída del sujeto supuesto saber y sostiene libidinalmente la experiencia de la contratransferencia en el análisis.

En este sentido, la invitación de Lacan al analista de hacerse el muerto, podría ser releída como cuidarse de no gozar del propio inconsciente y la introspección dentro de la sesión analítica³⁴.

4. Consideraciones de cara a la práctica clínica

4.1. Contratransferencia y encuadre

El encuadre opera como una referencia contextual y ordena una relación no convencional y asimétrica entre el analista y el paciente en la que el paciente comunica todas sus vivencias (o al menos lo intenta) y el analista solo responde a lo que dijo el analizado con lo que cree oportuno. “El encuadre (...) justifica que, por definición, llamemos transferencia a lo que proviene del paciente y contratransferencia a la respuesta del analista”³⁵.

Se pone de relieve la importancia de un cierto grado de estructuración externa, como por ejemplo marcar límites, establecer horarios y honorarios, o señalar actitudes que no serán admitidas en las sesiones³⁶. Este *setting* o encuadre ayudaría al analista a cumplir su papel y a mantener

34 Ídem, p.109.

35 ETCHEGOYEN, H.: *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica* (1986), op. cit., p.244.

36 Véase KERNBERG, O.: «La contratransferencia». *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (1975), op. cit., p. 65.

un equilibrio psicológico y ético mayor que el del paciente, más allá de que su análisis didáctico y su formación lo pongan en ventaja. De esta forma, el concepto de asimetría viene a depender ante todo del encuadre y sólo secundariamente de la salud mental de analista. Para Lacan, la perspectiva contratransferencial, presenta el riesgo de una “disolución de todos los niveles de objetividad y asimetría propios de la clínica fundada por Freud”³⁷.

4.2. Contratransferencia y acto analítico

La perspectiva lacaniana considera que la interpretación es solo una de las formas posibles de intervención y cada vez más defenderá la noción de acto analítico, entendido como un acto simbólico del analista que produce efectos reales en la posición del sujeto y apunta a que este se reencuentre con su deseo. El acto analítico nos remite al deseo del analista entendiendo que no existe uno sin el otro. Habría que diferenciarlo del acto contratransferencial que es el efecto de una captura imaginaria del analista, que lo aliena, identificándolo en un punto del discurso del paciente. Para poder realizar esta distinción debemos verificar los efectos que dicho acto genera en el sujeto, así como cuál es la construcción lógica que el analista puede operar a partir de dichos efectos³⁸.

Puede ocurrir que ciertas reacciones contratransferenciales, se actúen en sesión o sean canalizadas a través de interpretaciones mal formuladas. Aquello que queda velado, se actúa. El corte de sesión, por ejemplo, puede caer en el riesgo de convertirse en una actuación contratransferencial, de ahí que los autores que abogan por la sesión de tiempo estándar defiendan la fijeza del *setting* como factor de protección de la neutralidad objetiva³⁹.

No obstante, es necesario cuestionarse permanentemente a qué se deben ciertas conductas que mantenemos ante los pacientes, preguntándonos acerca de los motivos por los que las llevamos a cabo y verificando su impacto.

37 COSENZA, D., DI CIACCIA, A., GRASES, S.: *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, op. cit., p. 104.

38 Ídem, pp.61-62.

39 Ídem, pp.62.

4.3. Comunicar o no comunicar la contratransferencia

En general, los autores no consideran correcto que el analista comunique sus propios sentimientos a los pacientes, argumentando que la teoría de la contratransferencia no viene a cambiar la actitud de reserva que es propia del análisis. No se trataría por tanto de confesar la contratransferencia sino de poder reconocerla e integrarla en las intervenciones.

En los inicios del psicoanálisis se insistió en que el analista debía responder siempre racionalmente ante la transferencia del paciente o, de lo contrario, estaba en falta. Posteriormente, se tomó conciencia de lo utópico de esta hazaña, concibiendo como inalcanzable un análisis en el cual el profesional no participa. No obstante, a pesar de que no es posible desprenderse de la propia dimensión imaginarias, se anima al profesional a dejar la propia subjetividad de lado tanto como sea posible. Si bien se puede llegar a admitir la posible pertinencia de que el psicoanalista se descomplete, dé cuenta al paciente de sus olvidos, errores, etc., no se debe atisgar al paciente con asuntos privados del analista ya que eso equivaldría a cargar al paciente con algo que no le corresponde⁴⁰. Además, la intrusión de un material ajeno a la cura la opacifica y entorpece, por lo que se recomienda no descargar los propios sentimientos sino interrogarse por ellos. Al analista le corresponde la obligación ética de analizar su conflicto, ver de qué manera el paciente contribuyó a crearlo y advertir cuáles fueron los efectos en este. Sólo una vez logrado este proceso de autoanálisis, estará en condiciones de interpretar⁴¹ y quizá entonces ya no tendrá necesidad de hablar de su contratransferencia sino de lo que le ocurre al paciente.

En contraposición, autores como Winnicott⁴² o Bollas⁴³ sostienen que compartir cuidadosamente

40 DE CELIS, M.: «Contratransferencia, pasado y presente: una revisión del concepto» [Jacobs, T., 2002], 2019, *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, Núm. 25 (mayo), p. 12.

41 MONEY-KYRLE, R.E.: «Normal counter-transference and some of its deviations», 1956, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 37, pp. 360-365.

42 Véase WINNICOTT, D.W.: «El odio en la contratransferencia (1949)», op. cit., pp. 433-447.

43 Véase BOLLAS, C.: *La Sombra del Objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado* (1987), Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. En pedro moreno issn 1688 - 7247 | (2012) *Revista uruguaya de Psicoanálisis* (en línea) (114).

con los pacientes ciertos aspectos de la contratransferencia, no contamina la relación analítica, sino que beneficia el proceso analítico, permitiendo la apertura a determinadas representaciones que de otra manera permanecerían inaccesibles.

Particularmente, me apoyo en los postulados de Mancia (1990) quien argumenta que quizá sea la propia incapacidad para elaborar los sentimientos contratransferenciales lo que lleve al analista a revelarlos al paciente, apareciendo de fondo una vez más la necesidad de análisis propio como elemento central de la ética y la técnica psicoanalíticas.

5. Conclusión

Como se ha podido vislumbrar a lo largo de este texto, el estudio de la contratransferencia y lo pertinente o no de su utilización en el tratamiento ha provocado muchas controversias entre los analistas clásicos, los posfreudianos y quienes han tratado de realizar una síntesis entre ambas perspectivas. Este hecho ha dado lugar a una variedad de corrientes con concepciones variopintas acerca de a qué denominamos contratransferencia, qué implicaciones tiene en la clínica y cómo manejarnos con ella.

"Tomar consciencia de la contratransferencia, pero no actuarla ni interpretarla sino superarla" podría ser una buena síntesis de las ideas desarrolladas en el presente texto. Tanto si la entendemos como algo que emerge de los conflictos personales del analista, resultando en un estorbo para la comprensión analítica, o como una respuesta a la transferencia del paciente, útil para el análisis; supone importantes repercusiones de cara a la práctica clínica que no deben pasarse por alto ya que determinan en gran medida el modo en que nos acercamos a los pacientes y nos manejamos en consulta.

El psicoanálisis lacaniano es tajante a la hora de considerar un error el uso las reacciones contratransferenciales con los pacientes como herramienta para acceder de manera directa al inconsciente ya que entiende que, lo único que se estaría haciendo es bloquearlo. También se orienta al profesional a vigilar su contratransferencia, es decir, abstenerse de comunicarla, pero también cuidarse de no actuarla de manera inconsciente

a partir de actos llevados a cabo con el paciente que no encuentran explicación en la construcción lógica del caso, pongamos por ejemplo, espaciar o acercar las sesiones, acortar o alargar el tiempo en consulta, buscar respuestas específicas para confirmar las interpretaciones, etc. Por otro lado, cabe advertir de la actuación opuesta, es decir, del error que supondría tratar de mantener un exceso de neutralidad que pueda llevar a mostrar cierto desafecto para con el paciente, a reprimir intervenciones o a limitar la participación por miedo a que pueda estar contaminada con afectos espontáneos propios.

Despojarnos de nuestra subjetividad sería una hazaña imposible, si bien el lugar donde debe ser elaborada es en el propio proceso análisis personal. Por otro lado, son precisamente nuestras características personales las que nos hacen singulares y conforman nuestra esencia como analistas. Es gracias a estas particularidades que vamos construyendo una manera propia de "hacer con los pacientes" que deriva en que la cualidad de nuestro trabajo sea distinta de la de cualquier otro.

Independientemente de la orientación profesional que se elija, es una responsabilidad clínica y ética hacerse cargo de las propias reacciones contratransferenciales. Esto no hace referencia únicamente a tomar conciencia de las mismas y comprender su significado, sino implica también cuidar que el paciente perciba la capacidad del profesional para acompañarlo y vigilar que el proceso psicoterapéutico no se bloquee o surjan situaciones difíciles de manejar. Pero, sobre todo, supone interrogarse por estos sentimientos para preguntarnos qué se pone en juego de nuestra historia, qué parte de la subjetividad propia se entrecruza en la escena haciéndonos vacilar en nuestra labor. Eso sí, siempre cuidando no dejarnos arrastrar por ese goce que nos llevaría a colocarnos como coprotagonistas del proceso de análisis, el cual ha de girar en torno a la red de significantes que tejen la historia de vida del analizado.

Saber qué decir, cuándo callar, aprender a maniobrar de manera única con cada sujeto que se sienta a poner sobre la mesa sus dolencias y a compartir su manera de vivir en el mundo buscando una presencia en la Otra silla.

Contacto

Adriana Pérez Requena ☎ 650 255 216 ✉ aperezr88@gmail.com
Mercedes Fórmica 13, 2º D • 28028 Madrid

Bibliografía

- Bollas C. (1991). *La Sombra del Objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cosenza D, Di Ciaccia A, Grases S. (2008). *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*, Madrid: Gredos.
- De Celis M. (2002). «Contratransferencia, pasado y presente: una revisión del concepto» [Jacobs, T., 2002]; 2019, *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, Nº 25 (mayo), p. 12.
- Etchegoyen H. (1996). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica* (1986), Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fenichel O. (1973). Problemas de técnica psicoanalítica. (1941), Rosario, Argentina: Ediciones Control.
- Ferenczi S. (1981). Elasticidad de la técnica psicoanalítica (1928), en Obras Completas, Tomo IV, Madrid: Espasa Calpe.
- Freud S. (1986). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910), en Sigmund Freud. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu Edit., Tomo XI.
- Freud S. (1976). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), en Sigmund Freud. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Edit., Tomo XII.
- Heimann P. (2000). «Sobre la contratransferencia (1949/50)», *Revista de Psicoanálisis* (APM), 2000, Vol. 32, pp. 43.
- Kernberg O. (1975). «La contratransferencia». *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, pp. 57-72.
- Kernberg O. (1993). «La transferencia y la contratransferencia en el tratamiento de pacientes fronterizos». En *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*, México: Paidós.
- Lacan J. (1978). «La cosa freudiana o sentido de retorno a Freud en psicoanálisis», en *Escritos I*, México: Editorial Siglo XXI.
- Lacan J. (1981). «Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954», *El Seminario. Libro I*, Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (2003). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 8. La Transferencia*. (1960/61), Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan J. (2003). Intervención sobre la transferencia (1951), en *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martín-Cabré L. (2011). «La contribución de Ferenczi al fenómeno de la contratransferencia».
- Miller JA. (2003). «Contratransferencia e intersubjetividad», *Revista Freudiana*, Vol. 38.
- Money-Kyrle R.E. (1956). «Normal counter-transference and some of its deviations», *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 37, pp. 360-365.
- Pumarino L, Montes C, Ramírez A, Menchaca A, Zárate C y Fernández C. (2016). «Contratransferencia: ¿herramienta útil en nuestros días?», *Revista GP*, Vol. 12; 3.
- Racker H. (1990). *Los significados y usos de la contratransferencia* (1957), en *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*, Estudio VI, México DF: Editorial Paidós.

Reich W. (1957). *Análisis del carácter* (1933). Buenos Aires: Paidós.

Reik T. (1933). «New-ways in psycho-analytic technique», *The International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 14, pp. 321-334.

Sastre, H. (2020). ¿Qué significan las sillas gigantes del hospital Río Hortega en Valladolid? Un profesor de la Universidad ofrece una respuesta. *El Norte de Castilla*. <https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/significan-sillas-gigantes-20200206193757-nt.html>

Winnicott D.W. (1971). «El odio en la contratransferencia (1949)», *Revista de Psicoanálisis* (APA), Vol. 28 (2), pp. 433-447.

- Recibido: 01/12/2020.
- Aceptado: 22/01/2021.

Redescubriendo capacidades.

Rediscovering capabilities.

Alberto García Mairal¹, Basilisa Monzón Pascual¹, Sara Bermúdez Gómez¹, Roberto Pompa Pareja², Irene Caro Requeijo², Paloma Azahara Simón Rodríguez³, Claudia Patricia de Miguel Bonet⁴, Mónica Sánchez González⁵, Izaskun Varela Maderuelo⁵, Vanessa Fuente Moreno⁶.

Educadores Sociales de recursos de atención social gestionados por Fundación Manantial, pertenecientes a la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid.

1. Educadora Social en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Hortaleza de Fundación Manantial, Madrid.
2. Educadora Social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario de San Blas de Fundación Manantial, Madrid.
3. Educadora Social en el Centro de Día de Barajas de Fundación Manantial, Madrid.
4. Educadora Social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Torrejón de Ardoz de Fundación Manantial, Madrid.
5. Educadora Social en el Centro de Rehabilitación Social de Torrejón de Ardoz de Fundación Manantial, Madrid.
6. Educadora Social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Rivas-Arganda de Fundación Manantial, Madrid.

Resumen: Las personas con las que trabajamos han sufrido una ruptura en sus vidas, nosotros entendemos la capacidad como un redescubrimiento de habilidades, acciones y toma de decisiones que tienen un sentido para la persona, haciéndolas suyas y reintegrándolas en su relato biográfico.

La finalidad es potenciar la autonomía de las personas con sufrimiento mental, para buscar una transformación individual como “ciudadano de pleno derecho”; facilitando espacios y procesos educativos que promuevan el desarrollo de capacidades para el ejercicio pleno de la ciudadanía, siendo así sujeto activo de la transformación social.

Esta mirada nos lleva a reflexionar en el concepto de capacidad y a enfocar la praxis del educador/a social en el desarrollo de capacidades; ofreciendo oportunidades para un aprendizaje significativo, crecimiento y participación, apoyando a la persona en su proceso vital, buscando el empoderamiento del sujeto.

Por todo ello, tras el análisis y reflexión, hemos desarrollado un método de intervención, flexible y no lineal, que engloba el quehacer del educador social. Un método que ayuda a entender nuestra intervención, dotándolo de sentido y forma, aportando teoría a la práctica.

Palabras clave: capacidades, educador social, pedagogía social, acompañamiento social, vínculo, método.

Summary: The people we work with have suffered a break in their lives, we understand capacity as a rediscovery of skills, actions and decision making that have meaning for the person, making them their own and reintegrating them in their biographical account.

The purpose is to enhance the autonomy of people with mental suffering, to seek individual transformation as a “citizen with rights”, facilitating educational spaces and processes that promote the development of capacities for the full exercise of citizenship, thus being an active subject of the social transformation.

This look leads us to reflect on the concept of capacity and to focus the praxis of the social educator on the development of capacities; offering opportunities for meaningful learning, growth and participation, supporting the person in their life process, seeking the empowerment of the subject.

Therefore, after analysis and reflection, we have developed a flexible and non-linear intervention method that encompasses the work of the social educator. A method that helps to understand our intervention, giving it meaning and form, bringing theory to practice.

Key words: capabilities, social educator, social pedagogy, social accompaniment, emotional bond, process.

Redescubriendo capacidades

“Dime algo y lo olvidaré, enséñame algo y lo recordaré, pero hazme participe de algo y lo aprenderé”.
Confucio

Introducción

En la Comunidad de Madrid, dentro de la Red de Salud Mental, existen diversos recursos de rehabilitación psicosocial, soporte social, socio-comunitario, residencial y laboral, en los que trabajan equipos interdisciplinarios. Estos recursos son gestionados por diferentes entidades, una de ellas Fundación Manantial. Dentro de esta entidad, una de las figuras profesionales transversales es la del Educador Social.

El 2 de octubre de 2013, día Mundial de la Educación Social, un grupo de Educadores/as sociales de dicha entidad, nos decidimos reunir para reflexionar sobre la praxis de nuestro trabajo. A partir de ese encuentro, planteamos formalizar un espacio donde aunar la teoría con la praxis a través de los distintos saberes de los profesionales. El objetivo fue crear un documento que plasmara el enfoque socioeducativo en los procesos de recuperación. De dicho grupo nace este artículo que se detiene en la singularidad

de la Educación Social como disciplina facilitadora de capacidades intrínsecas y subjetivas de la persona.

Si entendemos la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, veremos la necesidad de equipos interdisciplinarios, donde el educador/a social es una figura clave. La finalidad es potenciar la autonomía de las personas con sufrimiento mental, para buscar una transformación individual como “ciudadano con derechos”; facilitando espacios y procesos educativos que promuevan el desarrollo de capacidades para el ejercicio pleno de la ciudadanía, siendo así sujeto activo de la transformación social.

Esta mirada nos lleva a reflexionar en el concepto de capacidad y a enfocar la praxis del educador/a social en el desarrollo de capacidades; ofreciendo oportunidades para un aprendizaje significativo, crecimiento y participación, apoyando a la persona en su proceso vital, buscando el empoderamiento del sujeto.

Por todo ello, tras el análisis y reflexión, hemos desarrollado un método de intervención, flexible y no lineal, que engloba el quehacer del educador social. Un método que ayuda a entender nuestra intervención, dotándolo de sentido y forma, aportando teoría a la práctica.



Justificación teórica del método

“Los derechos se fundamentan en la libertad y no hay libertad sin capacidad”.

Amartya Sen

Nosotros entendemos capacidad, con las personas con las que trabajamos y han sufrido una ruptura en sus vidas, como un redescubrimiento de habilidades, acciones y toma de decisiones que tienen un sentido para la persona, haciéndolas suyas y reintegrándolas en su relato biográfico.

Según Urquijo (1) en “la teoría de las capacidades en Amartya Sen” conlleva un marco teórico que considera de gran utilidad para el desarrollo de competencias profesionales que apoyarían un enfoque en la intervención con personas que tienen sufrimiento mental basado en la capacidad. Según refiere A. Sen, el nivel o calidad de vida no se mide sólo por los bienes materiales, sino por el desarrollo de capacidades y por la oportunidad de transformar los recursos en funcionamiento en la sociedad. Lo cual, lleva a las personas hacia la libertad de ser o hacer, “viviendo un tipo de vida” que consideran valiosa o que valoran positivamente. Basado en esto, las personas pueden tener oportunidades muy diferentes, entendiendo que una persona con alguna diversidad funcional, tiene más barreras sociales que otras personas sin estas limitaciones, lo que nos lleva a la importancia de intervenir los/las educadores/as sociales en el desarrollo de las capacidades del individuo.

En muchas ocasiones, las capacidades nos hacen poder participar junto con la comunidad de una u otra determinada manera, incluyéndose dentro de un modelo de ciudadanía y acumulando un gran número de experiencias. Kolb (2) desarrolla la “Teoría del aprendizaje experiencial” la cual se centra, en que el aprendizaje es el proceso por medio del cual construimos conocimientos mediante un proceso de reflexión y de “dar sentido” a la experiencia. La ciudadanía nos da la posibilidad de reconocernos y ser reconocidos como personas iguales y diferentes, construyendo derechos y valores. A su vez dicho reconocimiento, retroalimenta y tendrá un papel primordial en el desarrollo y redescubrimiento de las capacidades.

Según Mata (3) analizando la teoría educativa de Carl R. Rogers “el procedimiento más adecuado para que una persona adquiera valores, sin que distorsione su personalidad, es a través de su propia experiencia, a través de sus vivencias. Cada persona debe descubrir sus propias normas y valores”. Esta misma idea es defendida por otros expertos en Teoría del Aprendizaje, Schank (4) que plantea que “absolutamente todo lo que aprendemos se basa en la práctica”.

El papel del educador social es esencial en este proceso como acompañante o facilitador de este redescubrir y aprehender, donde este aprendizaje sea significativo a través de la exposición de emociones o experiencias significativas para la persona.

El método “redescubriendo capacidades”: De la práctica a la teoría

Históricamente “al loco” se le posiciona desde una mirada de incapacidad social, situación que deriva en que la persona se identifique en este rol creándose una relación bidireccional de exclusión social.

Como hemos comentado anteriormente con nuestra idea de la capacidad, esta puede ser una herramienta de trabajo que nos sirve tanto a las profesionales como a las personas con las que trabajamos. Una especie de “muleta social” que nos permita formar parte de la comunidad y no ser sujetos pasivos sino miembros activos de la sociedad.

Esta herramienta, que estamos desarrollando, permite cambiar la mirada profesional, y poner el foco en otra parte más productiva y beneficiosa para la persona, generando un “efecto Pigmalión positivo” centrado en la capacidad y no en los déficits.

Pensando en distintos casos e interviniendo desde diferentes dispositivos de atención social en Salud Mental (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día, Equipo de Apoyo Socio Comunitario y Residencia), dentro del grupo de trabajo, encontramos un patrón común en la intervención del educador social, donde éste actúa de mediador entre la persona y el entorno, creando

espacios socioeducativos y re-generando lazos sociales. Esto resulta beneficioso y positivo para que las personas con las que trabajamos puedan redescubrir y desarrollar sus capacidades.

A partir de estos encuentros de Educadores/as Sociales, el grupo elabora un método con 5 fases flexibles y que se retroalimentan respetando el ritmo de cada persona. A continuación, pasamos a describir dichas fases:

1. De la personificación al Vínculo.
2. Capacidad como mecanismo de adaptación social.
3. La mirada del aquí y el ahora.
4. Acompañamiento social.
5. Impacto Social.

1. De la personificación al Vínculo

La primera parte de este Método se basa en el vínculo como eje fundamental en el proceso de recuperación.

A través de este vínculo que establecemos, ofrecemos otra forma de relación y marcos terapéuticos para favorecer estrategias personales que permitan la reubicación del sujeto en su dimensión social e individual. Este proceso se centra en sus demandas y deseos, dando sentido a su identidad.

El educador social intenta crear un clima de confianza con las personas con sufrimiento mental, dando validez a su narrativa, surgida de los diferentes encuentros con la persona, donde se generan espacios de escucha, de confianza, observación y recogida de información; a través de los cuales se va desarrollando el proceso vital de la persona, y generando a su vez un vínculo positivo y seguro, que facilite la relación. Este vínculo educativo y social es fundamental, ya que no viene dado, se ha de construir en el tiempo, lo que requiere de un esfuerzo por parte de ambos.

2. Capacidad como mecanismo de adaptación social

La segunda parte del método se centra en descubrir e incorporar aspectos genuinos del individuo basado en las destrezas y posibilidades que le habilitan como ciudadano, reconociéndose y

siendo reconocido como persona igual en derechos y diferente en su particularidad, con sus valores, derechos y obligaciones.

Esta fase del método se centra principalmente en una de las funciones propias de la educación social, recogido en los Documentos Profesionales del Consejo General de Colegios de Educadores/as Sociales (5), como es la generación de contextos socioeducativos, entendido como lugares de interacción e intercambio de saberes entre los diferentes miembros de la comunidad, donde la persona puede desarrollar capacidades propias.

Cada capacidad se potencia con el uso de las demás y juntas intensifican el sentimiento de integridad para una mejor adaptación social, buscando el empoderamiento del individuo sobre sus recursos y fortalezas, actuando y tomando decisiones que afectan en su vida. Desarrollando así su autonomía e identificándose como sujeto de pleno Derecho.

3. La mirada del aquí y el ahora

Resulta fundamental situar la intervención en el momento presente, teniendo en cuenta la historia vital de cada persona a través de una mirada integral. Podemos considerar que esta visión va a aumentar la percepción de autonomía acerca de lo que se está vivenciando y estrecha el vínculo entre profesional y usuario.

Vasquez (6) plantea que “Fritz y Laura Perls atribuyen la primera utilización de la expresión “Aquí y ahora” a Otto Rank”. Esto permite centrarse en el “darse cuenta”, tomando contacto con las necesidades para modificar bloqueos que afectan a la experiencia presente.

Este tipo de atención nos permite relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en el usuario en el plano vigente, y potenciar sus propias capacidades al rescatar como positivo, todo aquello que está pudiendo desarrollar en tiempo real.

La atención integral ayuda a mantener un equilibrio en el vínculo, atendiendo todos los aspectos de la persona, brindando nuevas posibilidades de generar espacios novedosos en su vida. Así pues, situamos al acompañamiento social como siguiente fase.



4. Acompañamiento y mediación social

En palabras de Aristóteles “el hombre es un ser social por naturaleza”. Por ello, entendemos necesario la relación con el otro para poder desarrollar competencias sociales que generen mecanismos y estrategias que faciliten la interacción. Es, en este plano, donde observamos que este matiz se torna difuso para muchas de las personas atendidas en nuestros dispositivos. Una de las mayores dificultades que padecen las personas que atendemos es el aislamiento social bidireccional: por un lado, la sociedad que les aparta al no cumplir las expectativas sociales; y por otro lado, el aislamiento impuesto tanto por ellos como, en ocasiones por las familias.

Según los Documentos Profesionalizadores de la Educación Social (5), se definen las acciones mediadoras como “las acciones de acompañamiento y de sostenimiento de procesos que tienen como fin provocar un encuentro del sujeto, con unos contenidos culturales, con otros sujetos o con un lugar de valor social y educativo”. Precisamente es en relación al educador social, donde van a poder ponerse en juego ciertos aspectos relativos al cambio de las personas que acompañamos. Es lo que conocemos como *perspectiva relacional en el ámbito de la intervención social*.

Según Jordi Planella (7) “El objetivo básico del acompañamiento social es ayudar a las personas a resolver algunos problemas generados por situaciones de exclusión o dificultad y establecer con ellas una relación de escucha, soporte, consejo y ayuda mutua. El acompañamiento social se apoya en las capacidades de las personas (y no en sus discapacidades o incapacidades, o patologías o aspectos negativos) para desarrollar sus propias necesidades, sus iniciativas, con la finalidad de conseguir los objetivos que se han marcado en su proyecto de vida. Las etiquetas hacen que el grupo vea a la persona de forma exclusiva con lo que la etiqueta la marca, la presenta y la define”.

Nuestra visión plantea este acompañamiento social desde la perspectiva de la construcción como persona y ciudadano de pleno derecho. Sugerimos un acercamiento al mundo a través del desarrollo de capacidades, desde la valoración de crear lazo y con la posibilidad de aportar y nutrirse socialmente. Se trata de una metodología más

sutil, en la que lo importante no es tanto el saber del profesional, sino que el saber cae del lado del sujeto. No se trata de imponer unos objetivos sociales unívocos, sino más bien de acompañar a la persona en sus elaboraciones y decisiones particulares, respetando en todo momento su modo de vida y sus tiempos. La persona podrá ir poniendo en práctica sus capacidades, redescubriendo una nueva forma de interactuar con el mundo social y progresivamente desvinculándose del apoyo profesional en función de su proceso.

5. Impacto Social

El impacto social lo definimos como *la influencia y efecto dejados en alguien o en algo por causa de cualquier acción e intervención y, por ende, la influencia o efecto en las personas y en la sociedad por causa de cualquier acción o intervención*.

Medir el impacto social es, concretamente, medir cómo ha cambiado la calidad de vida, y el bienestar de las personas en una sociedad.

Al centrarnos en el redescubrimiento, descubrimiento y desarrollo de las capacidades de las personas, caminamos hacia la inclusión social de la misma como ciudadano en una relación bidireccional; individuo-sociedad-individuo. Una relación que se retroalimenta, ampliándose y haciéndose fuerte.

Cuando la persona redescubre y/o desarrolla sus capacidades, genera percepciones de valía personal y esto le lleva a sentir sensaciones de “capacidad para”, y a encontrar alternativas de interacción y acceso a la información. De esta manera reorienta sus intereses individuales, e inicia un proceso de participación social y comunitaria. A su vez se despliegan respuestas en el otro incluyendo a la persona, haciéndola visible, sin olvidar sus ritmos, sus deseos e intereses.

De la teoría a la práctica

“Lo hermoso del desierto es que en cualquier parte esconde un pozo”.
Saint-Exupéry

Cuando comenzamos a redactar este artículo, constantemente evocábamos numerosos ejemplos

de las personas que hemos atendido en los diferentes dispositivos, y en el que la labor del educador social jugó un papel importante en este redescubrir y/o desarrollar capacidades.

De entre todos los casos hemos querido traer uno que ejemplifica el método presentado. No obstante, señalar que a diario nos encontramos con casos muy diferentes y que el método lo aplicamos adaptándonos a las características propias de las personas.

Juan (nombre ficticio) es un hombre de mediana edad con diagnóstico de enfermedad mental, además de ser consumidor activo de cannabis. Fue diagnosticado muy joven, a la edad de 16 años. No posee estudios, debido a que no ha tenido interés en formarse ni actividad laboral. Recuerda esta etapa consumiendo en el parque con sus amigos. Actualmente convive con su hermana y sobrina en el mismo domicilio, pero la relación entre ellos presenta numerosos conflictos. Por esta razón, el usuario ha tenido varias órdenes de alejamiento.

Fue derivado por su psiquiatra al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) porque presentó un caso de aislamiento social grave. Se encontraba encerrado en el domicilio y apenas compartía espacios con otras personas. Inicialmente acudía al CRPS, según refiere, obligado por su psiquiatra. Siempre ha manifestado nulo interés en participar en los grupos que se realizan en el recurso. No le motivaban las actividades y no mostraba interés por ninguna de ellas. A las citas con la psicóloga asistía con cierta regularidad, a pesar de que en algunas ocasiones amenazaba con abandonarlas. Paralelamente, mantenía encuentros informales con el educador social donde se abordaban temas de su vida cotidiana y su relato familiar, empezando a crearse un vínculo, donde puede encontrarse más tranquilo y seguro facilitando así la intervención posterior. En los encuentros con la psicóloga, el usuario comenzó a mencionar interés por hacer alguna labor dentro del recurso (realizar fotocopias).

A partir de la demanda que realizó, el equipo multidisciplinar se reunió para pensar sobre el caso. Se decidió ofrecerle un espacio formal donde poder explorar esta demanda a través de la figura del educador social.

Inicialmente se puso el foco en conocer a la persona, respetando y adaptándose a sus tiempos. Lo importante en un primer momento era la escucha activa y entablar un diálogo conjunto, donde poder explorar sus intereses, capacidades y necesidades.

A raíz de estas primeras citas, se acordó crear un espacio relacionado con la reparación de los desperfectos del centro. Esta iniciativa surgió en el contexto del CRPS en un espacio donde está acompañado por el educador social, que le apoya en las incertidumbres que aparecen durante la realización de la tarea.

En los comienzos Juan mostró inseguridad y le resultó complicado tomar decisiones. Era la primera vez que se enfrentaba a estas tareas, ya que refería que nadie le había enseñado. Por esta razón, el acompañamiento que realizó el educador social fue fundamental para que fuese cogiendo confianza en sí mismo presentándole las tareas de manera sencilla y concreta y reforzando cada pequeño avance o iniciativa.

Fue importante el encuadre de la tarea y de los pasos a seguir para reparar algo, esto facilitó que disminuyese su impulsividad. Juan y el profesional se encargaron de evaluar la tarea, el entorno, los materiales a utilizar, etc. Fue algo que le costó, pero finalmente se esforzó por entender el funcionamiento (antes de taladrar hay que medir, etc.). La mayoría del material que utilizó para trabajar provino del Centro de Rehabilitación Laboral (CRL). Juan fue el encargado de solicitar el material que necesitó para realizar la labor. Se presentaba como un trabajador más y le trataban como tal, por lo que adquirió un rol significativo. Esto ha sido importante porque Juan presentaba dificultades con respecto a su autonomía, ya que tiene un tutor legal que le administra su economía y organización diaria (tabaco, dinero, etc.). Fue la primera vez que expresó sentirse responsable de algo.

Debido a su inexperiencia en estos trabajos aparecieron algunos fallos y con ello la frustración. Le resultó difícil entender que los procesos requieren de unos tiempos y formas concretas. Con el acompañamiento, las tareas las realizó cada vez con mayor precisión, empezando a despertar el interés por ejecutarlas de forma adecuada.



A medida que va pasando el tiempo Juan fue ajustando su imagen al perfil que requería la tarea pasando de realizarlas con gorra, abrigo, bandolera y gafas de sol a una imagen más parecida a un operario. Además, comenzó a disfrutarlas y poco a poco fueron adquiriendo mayor complejidad (taladrar y colgar un cuadro, montar un mueble, cambiar bombillas) todo ello en beneficio del centro.

Tras varios años Juan continúa con una elevada motivación por aportar una parte de sí mismo al recurso. Ha pasado de tener un rol pasivo dentro de su vida a otro mucho más activo, donde solicita tareas y recibe el reconocimiento de sus compañeros, creando una identidad propia dentro del recurso: “el Manitas”.

Este proceso ha facilitado que Juan extrapole este rol a otros contextos comunitarios (Farmacia, domicilio familiar, Centro de Salud Mental, etc.) donde ha realizado distintas labores de mantenimiento.

6. Conclusiones

Este artículo aúna las reflexiones, que desde el año 2013 hicimos el grupo de trabajo de educadores sociales de los recursos de atención social de la Fundación Manantial en la Comunidad de Madrid, y pretende dar respuesta a las inquietudes y necesidades que nos surgieron sobre nuestra figura profesional.

Se creó el grupo aceptando un lugar de co-responsabilidad para definir el papel del educador social en Salud Mental y la visión que podemos aportar a la intervención con las personas con las que trabajamos.

Partimos de un sentimiento común de desconocimiento general de la profesión de educación social, y concretamente en salud mental. Puede deberse a que es una profesión joven y en constante cambio, nutrida por diferentes disciplinas, y en el que se está comenzando a generar bases teóricas específicas de la misma.

Por ello, se hacía necesario compartir nuestra voz y nuestra mirada, hacernos visibles, aportar teoría y darle difusión. En este sentido, en estos encuentros hemos intentado cuestionar la práctica diaria, la necesidad de buscar un lugar, definir nuestras funciones, reflexionar sobre la teoría.

Tras estos años de reflexión, al compartir nuestros saberes y experiencias, hemos podido ver como las inquietudes iniciales por las que nace este grupo se han mitigado al comprobar que hay una base, teórica y práctica, común de trabajo enfocado en la profesión de la educación social. No obstante, creemos necesario continuar con este pensar y cuestionar nuestra profesión para no quedarnos estancados en automatismos y patrones fijos de actuación, sino adaptarnos a la flexibilidad y la evolución constante de la sociedad y las demandas hacia nuestra profesión.

Contacto

Basilisa Monzón Pascual ☎ 91 743 0624 ✉ bmonzon@fundacionmanantial.org
Centro de Rehabilitación Psicosocial “Hortaleza” • Avda. Arroyo del Santo nº12 • 28042 Madrid

Bibliografía

1. Urquijo Angarita, M. La teoría de las capacidades en Amartya Sen. Valencia. Edetania estudios y propuestas socioeducativas 2014. Nº 46; 63-80.
2. Gómez Pawelek, J. El aprendizaje experiencial. 2013. <http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMIN>

GA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf; 2-3.

3. Mata Salvador, F. *Intervención educativa en situaciones de inadaptación social* Granada. Instituto de Criminología. 1998.
4. Sanchis, Ima. Entrevista a Roger Schank. 2012. La Contra: Roger Schank (lavanguardia.com).

5. Consejo general de colegios de Educadores y Educadoras sociales. Documentos profesionalizadores del Consejo General de Colegios de Educadores/as Sociales. España. Editado: ASEDES. 2003; 38-43.
 6. Vásquez, F. *La Relación Terapéutica del “Aquí y el Ahora” en Terapia Gestáltica*. Perú. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2000. Vol. 61, núm. 4, p. 286.
 7. Planella, J. Educación social, acompañamiento y vulnerabilidad: hacia una antropología de la convivencia. España. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2008. N^o 46 N^o 5 edición especial; 1-14.
- Para nuestros encuentros de reflexión hemos empleado otra bibliografía:
1. Amorós, P y Ayerbe, P. *Intervención educativa en inadaptación social*. Madrid. Editorial Síntesis 2000.
 2. Brockett R. y Hiemstra. *El aprendizaje autodirigido en la educación de adultos. Perspectivas teóricas, prácticas y de investigación*. Barcelona. Editorial Paidós. 1991.
 3. Chamseddine, M. Aproximación histórica a una de las profesionales sociales: La Educación Social. Madrid. Res: *Revista de Educación Social*, 2013 N^o 17.
 4. Fernández M.C. Educación Social y Ciudadanía. España. *Revista interuniversitaria*, 2000. N^o 6-7 pp 307-319.
 5. Goma R. La acción Comunitaria: Transformación social y construcción de la ciudadanía. España. *Revista RES* 2008. N^o7.
 6. Maslow, A. Teoría de la Motivación Humana. *Revista psicológica* 1943 N^o50, pp 370-396.
 7. Mata Salvador, F. (1998): *Intervención educativa en situaciones de inadaptación social*. Granada, Instituto de Criminología, p.183.
 8. Nusbaum, M. *Las mujeres y el desarrollo humano*. España. Editorial Herder. 2012.
 9. Pérez Serrano, G. *Pedagogía Social. Educación Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid. Editorial Narcea. 2004.
 10. Pérez Serrano, G. Presentación. ¿qué son la pedagogía social y la educación social? *Revista de Educación Social*, 2005 N^o 336.
 11. Perls, F. Esto es Gestalt – *Estilos de vida gestálticos*. Chile. Editorial Cuatro Vientos. 1990.
 12. Petrus, A (Coord.). *Pedagogía Social*. Barcelona. Editorial Ariel. 1997.
 13. Rodríguez Sedano, A. Hacia una Fundamentación epistemológica de la Pedagogía Social. Universidad Sabana. *Revista Educador y Educadores*, 2006 N^o 9.
 14. Romans, A y Trilla, J. *De profesión educador/a social*. Barcelona: Editorial Paidós. 2000.
 15. Sáez. J y García Molina J. *Pedagogía Social: Pensar la Educación Social como profesión*. Madrid. Alianza Editorial. 2006.
 16. UNICEF Desarrollo de capacidades para el ejercicio de la ciudadanía. *Cuadernillo N^o 5*. 2016.

- Recibido: 08/11/2020.
- Aceptado: 06/05/2021.

Importancia del *insight* y la intuición en la psicopatología actual.

Importance the insight and intuition in current psychopathology.

José M. Bertolín-Guillén.

Doctor en medicina y cirugía; Psiquiatra; Psicólogo. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España.

Resumen: La psicopatología actual se mueve en el contexto de la epistemología empirista. El *insight* es un proceso cognitivo fundamental, crucial para la resolución de problemas, la creatividad y la innovación. Se asemeja a la intuición y ambos conceptos parecen jugar diferentes roles según las etapas de la resolución de problemas. La intuición y la creatividad suelen asociarse al conocimiento. Pero ha de considerarse que existe un fuerte vínculo entre la personalidad, el estrés y la cognición, que podría ocasionar sesgos intuitivos. Todo conocimiento, más si se fundamenta en el *insight* o la intuición, e incluso si se justifica epistémicamente es, en síntesis, una opinión.

Palabras clave: Epistemología; Insight; Intuición; Psicopatología.

Abstract: Current psychopathology develops in the context of empiricist epistemology. The insight is a fundamental cognitive process, crucial for problem solving, creativity and innovation. Insight is similar to intuition and both concepts seem to play different roles depending on the stage of problem solving. Intuition and creativity are often linked to knowledge. However, it has to be considered that there is a strong tie between personality, stress and cognition that may cause intuitive bias. Knowledge is, in sum, an opinion, even more if it is based on insight or intuition and is epistemically justified.

Keywords: Epistemology; Insight; Intuition; Psychopathology.

Introducción

El «*insight*» es un proceso personal cognitivo fundamental para la psicología clínica y la psiquiatría. Está relacionado con la intuición y es probable que ambos conceptos se apoyen en sustratos neurales parecidos. La llamada epis-

temología empirista moderna, por contraposición al racionalismo clásico, se ocupa de examinar la coherencia interna de los fundamentos en los que se apoya el conocimiento. Como se verá en la presente aportación el *insight* y la intuición resultan relevantes en la psicopatología actual.

Conflictos de intereses: Ninguno. La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Material y método

Valoraremos críticamente las contribuciones científicas más actuales y destacables sobre la cuestión. A falta de estudios empíricos adecuados de calidad, ha de asumirse que las fuentes informativas consultadas son tan limitadas como heterogéneas. Enfatizaremos sintéticamente la importancia del *insight* y la intuición en la clínica psicopatológica.

Resultados y discusión

Insight, intuición y psicopatología

El *insight* se puede interpretar como comprensión súbita o penetración referida a circunstancias o condiciones novedosas. A veces quiere referirse con ese término a la capacidad de introspección, de autoconocimiento y de autoevaluación. El *insight* se corresponde con un acto cognoscitivo y en ocasiones afectivo basado en la confianza y satisfacción. Por tanto, generalmente será muy apreciado por quien lo experimente (1). En efecto, el sujeto puede tener la impresión espontánea y repentina de que entiende un determinado asunto más profunda y apropiadamente que antes. Como resulta obvio, esa impresión puede ser muy plausible, aunque también incorrecta.

El *insight* es un proceso cognitivo fundamental, crucial para la resolución de problemas, la creatividad y la innovación. Tiene semejanzas con la llamada «metacognición», que es una idea compuesta y tan amplia como multidisciplinar. La metacognición se asume aquí como el entendimiento de los propios procesos del conocimiento. De manera que se podría encuadrar en una suerte de metafilosofía o filosofía de la filosofía en relación al ámbito de lo psíquico y por tanto también de lo psicopatológico. La facultad de propiciar que surja *insight* en el sujeto de modo natural se puede entrenar, por ejemplo, mediante la búsqueda repetitiva y regular del estado conocido como conciencia plena o *mindfulness* (2), o a través del llamado *coaching* o acompañamiento en los procesos personales de cambio.

También se asemeja el *insight* al concepto de intuición, entendido como un conocimiento directo e inmediato y que resulta característico de la llamada teoría de la mente. El proceso cognitivo de la intuición, conocido a veces como del pre-

sentimiento, es una expresión utilizada con frecuencia en las ciencias sociales y humanas para señalar la capacidad de comprender y reflexionar en relación con los estados mentales propios y ajenos. La intuición ha sido descrita como ayuda importante para la toma de decisiones y la resolución de problemas cuando el tiempo y la capacidad cognitiva son limitados y la información necesaria no está disponible (3).

Las heurísticas, por su parte, son estrategias de decisión simples que ignoran parte de la información disponible y que se basan en solo unos pocos predictores relevantes, lo que es importante en el abordaje clínico de la psicopatología. Al igual que el *insight*, la intuición parece reportarle al sujeto emociones fuertes, en particular las emociones que son positivas (4). Parece que el *insight* y la intuición juegan diferentes roles en etapas distintas del proceso de resolución de problemas.

El *insight* puede ser, además, manifestación de un mecanismo adaptado evolutivamente para reforzar la exploración y la cognición creativa (5). El *insight* y la intuición se pueden implementar en un mismo continuo, pues no parecen existir dudas de que comparten una base cognitiva y neural similar (6,7). Para las decisiones basadas en la intuición, los hallazgos de las imágenes de resonancia magnética funcional cerebral han revelado principalmente actividad dentro de la corteza orbitofrontal, así como de las circunvoluciones frontal inferior y temporal media (8). Específicamente, el circuito de recompensa mesolímbico apoya selectivamente la oportunidad de lograr conocimiento acerca de los resultados futuros que previsiblemente sean favorables, pero no de los que sean desfavorables (9).

Epistemología, ciencia y psicopatología

La psicopatología se halla actualmente en una etapa plural de implicaciones y razonamientos. Diversas escuelas intentan trabajar juntas para aplicar la filosofía y las neurociencias al campo de la psicopatología. Casi nadie duda actualmente de que la mente es consecuencia de la actividad cerebral, que no es lo mismo que poder afirmar que se reduce a eso. Respecto al *insight*, cuando sea correcto podrá ayudar a reconocer lo que haya sido entendido por el sujeto como

realidad y mejorar la respuesta o la adherencia al tratamiento. Por el contrario, los trastornos mentales pueden causar atribuciones erróneas con relación al *insight* y la intuición, si es que se hallaran presentes, y producir en los pacientes efectos negativos o paradójicos.

Actualizar la nosología psiquiátrica es un gran desafío. Se viene proponiendo un enfoque dimensional como el más adecuado para reflejar la realidad taxonómica (10). Lo cierto, sin embargo, es que no se ha materializado hasta el momento un cambio creíble de paradigma nosológico, lo que es aplicable tanto a los recientes *Research Domain Criteria* (RDoC) como a otras propuestas novedosas, que quedan así relegados a ser básicamente especulativos (11). El *insight* en concreto, como todos los modelos explicativos, es una narrativa de la realidad personal y una estrategia de afrontamiento para manejar el variado impacto de cualquier trastorno mental y en especial de las psicosis (12).

Conviene recordar aquí la clásica disputa entre los paradigmas o categorías historiográficas de la intuición empírica, o sensitiva en terminología filosófica kantiana, y la intelectual. La sensitiva es equivalente a la perceptiva, mientras que la intuición intelectual es característica de la escuela de pensamiento racionalista. La percepción psíquica, es decir, el reconocimiento mental, implica tener perspectiva, aunque no necesariamente percepción emocional que es lo que posibilitará la aceptación y que resulta particularmente importante en el ámbito de la salud mental. Importa considerar que, a falta de pruebas fehacientes, probablemente la intuición y la creatividad se asocian con la instauración de conocimiento (13).

Actualmente la ontología que predomina en la ciencia sigue un modelo materialista, al que se asocia una epistemología empirista. Como es sabido, desde la antigua Grecia la epistemología es la rama de la filosofía que se encarga de examinar la coherencia interna de los fundamentos en los que se apoya la creación de conocimiento. Algunos autores, sin embargo, proponen un nostálgico giro racionalista de la moderna medicina basada en evidencias, hechos o pruebas (14). En psicopatología, como en cualquier campo de las ciencias de la salud, el concepto de epistemolo-

gía resulta bastante cercano al más novedoso de filosofía de la ciencia, que se refiere al modo en el que debería usarse la ciencia.

Aunque faltan estudios empíricos adecuados, las decisiones intuitivas en asuntos diversos podrían basarse en la activación de conocimientos implícitos preexistentes (15). Las decisiones intuitivas producen habitualmente una impresión de coherencia, sea real o solo deseada, y generan *insight*. La construcción de coherencia es un concepto clave para mejorar la comprensión de los mecanismos subyacentes de la intuición y el *insight* en la resolución de problemas.

Precisamente, en la actualidad se reflexiona sobre el peligro del llamado sesgo o prejuicio de intuición (4,9), ya que la personalidad muy probablemente modela el vínculo entre el estrés, la cognición y la intuición (16). En todo caso, tanto la intuición como el *insight* son fenómenos mentales sin propiedades analíticas y que debieran investigarse mejor (3), dado que en la toma personal de decisiones los procesos del razonamiento analítico y no analítico interactúan continuamente.

No vamos a entrar aquí en el amplio debate teórico sobre la justificación epistémica, que es un eje central de la actual teoría del conocimiento y de tanta importancia en el ámbito de lo mental. Desde la corriente de pensamiento que se podría denominar «escepticismo epistémico evolucionado» no existe ninguna prueba definitiva de lo que es más verdadero, dado que en la práctica parece un problema irresoluble. Por tanto, probablemente se debiera aspirar en cada caso concreto a considerar solo los criterios subjetivos de verdad acerca de la supuesta realidad, que generalmente será inestable e incierta. En consecuencia y como es fácilmente observable, los criterios interpersonales de verdad pueden ser variados y no necesariamente coincidentes.

Para finalizar, se ha sugerido un paralelismo sorprendente de la epistemología con la ética (17,18), siguiendo en cierto modo el camino de algunos filósofos intuicionistas éticos y en parte como consecuencia de la extendida visión pragmático-estratégica que se da en casi todos los ámbitos. Ha de tenerse en cuenta que, en general, las evaluaciones y juicios morales sobre determinados

hechos y sus consecuencias, y específicamente en relación con la salud mental, ocurren rápidamente siguiendo procesos intuitivos de tipo inferencial sin deliberación previa (18).

Conclusión

El *insight* y la intuición pueden o no ser convenientes para el sujeto con síntomas psíquicos, lo que es importante considerando el vigente

paradigma nosológico en el campo de la salud mental. Hay ciertas evidencias de que el circuito de recompensa mesolímbico favorece únicamente el *insight* que es positivo. La psiquiatría y la psicología clínica actuales transcurren en el contexto de la epistemología empirista. Para los individuos la idea de lo que es real o verdadero puede estar justificada epistémicamente, pero inevitablemente será influenciado por múltiples factores propios y externos.

Contacto

José M. Bertolín-Guillén ✉ jmbertolin@comv.es
c/ Poeta A. Chocomeli 5, 4^a • 46015 Valencia

Referencias bibliográficas

1. Webb ME, Little DR, Cropper SJ. Insight is not in the problem: Investigating insight in problem solving across task types. *Front Psychol.* 2016; 7: 1424. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01424.
2. Bertolín-Guillén JM. Full awareness or mindfulness in the practice of current clinical psychology and psychiatry: Explanatory contributions. *Ann Psychiatr Treatm.* 2019; 3(1): 3–10. doi: 10.17352/apt.000010.
3. Zander T, Öllinger M, Volz KG. Intuition and insight: Two processes that build on each other or fundamentally differ? *Front Psychol.* 2016; 7: 1395. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01395.
4. Kirkebøen G, Nordbye GHH. Intuitive choices lead to intensified positive emotions: An overlooked reason for “intuition bias”? *Front Psychol.* 2017; 8: 1942. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01942.
5. Oh Y, Chesebrough C, Erickson B, Zhang F, Kounios J. An insight-related neural reward signal. *Neuroimage.* 2020; 214: 116757. doi: 10.1016/j.neuroimage.2020.116757.
6. McCrea SM. Intuition, insight, and the right hemisphere: Emergence of higher sociocognitive functions. *Psychol Res Behav Manag.* 2010; 3: 1–39. doi: 10.2147/prbm.s7935.
7. Zhang Z, Lei Y, Li H. Approaching the distinction between intuition and insight. *Front Psychol.* 2016; 7: 1195. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01195.
8. Zander T, Horr NK, Bolte A, Volz KG. Intuitive decision making as a gradual process: Investigating semantic intuition-based and priming-based decisions with fMRI. *Brain Behav.* 2015; 6(1): e00420. doi: 10.1002/brb3.420.
9. Charpentier CJ, Bromberg-Martin ES, Sharot T. Valuation of knowledge and ignorance in mesolimbic reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2018; 115(31): E7255-64. doi: 10.1073/pnas.1800547115.
10. Arseneault L. Taxonomy of psychopathology: A work in progress and a call for interdisciplinary research. *World Psychiatry.* 2021; 20(1): 73–4. doi: 10.1002/wps.20817.
11. Bertolín-Guillén JM. Mental health: Stigma, language and nosology. *OSP J Health Car Med.* En prensa 2021.
12. Jacob KS. Insight in psychosis: Standards, science, ethics and value judgment. *Int J Soc Psychiatry.* 2017; 63(4): 345–51. doi: 10.1177/0020764017693655.
13. Pétervári J, Osman M, Bhattacharya J. The role of intuition in the generation and evaluation stages of creativity. *Front Psychol.* 2016; 7: 1420. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01420.



14. Kelly MP. The need for a rationalist turn in evidence-based medicine. *J Eval Clin Pract.* 2018; 24(5): 1158–65. doi: 10.1111/jep.12974.
15. Eskinazi M, Giannopulu I. Continuity in intuition and insight: From real to naturalistic virtual environment. *Sci Rep.* 2021; 11(1): 1876. doi: 10.1038/s41598-021-81532-w.
16. Radtke EL, Düsing R, Kuhl J, Tops M, Quirin M. Personality, stress, and intuition: Emotion regulation abilities moderate the effect of stress-dependent cortisol increase on coherence judgments. *Front Psychol.* 2020; 11: 339. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00339.
17. Dubljević V, Sattler S, Racine E. Deciphering moral intuition: How agents, deeds, and consequences influence moral judgment. *PLoS One.* 2018; 13(10): e0204631. [Corrección en: 13(10): e0206750]. doi: 10.1371/journal.pone.0204631.
18. Berghofer P. Evaluative experiences: The epistemological significance of moral phenomenology. *Synthese.* 2021: 1–22. doi: 10.1007/s11229-021-03044-4.

- Recibido: 14/03/2021.
- Aceptado: 04/06/2021.



PRE-OCUPACIONES

La presencia de la sociedad civil en prisión: generando espacios sanos en un contexto insano¹.

The presence of civil society in prison: Creating healthy spaces in an unhealthy context.

Virginia Pareja.

Titulada en Derecho, Mediación y Resolución de Conflictos y Dirección y Gestión de Entidades no Lucrativas. Fundación Esplai, Miembro de SampAEN². Madrid.

“Se puede juzgar a una sociedad por cómo trata a sus presos”.

Fiódor Dostoyevski.

“Su principal objetivo era doblegar mi espíritu. No lo consiguieron. He sido testigo de los horrores de la crueldad del hombre con el hombre. No perdí mi humanidad. Llevo las cicatrices de las palizas, de la soledad, del aislamiento y la persecución. Pero también llevo la marca de cada acto de bondad”.

Albert Woodfox, (preso con más tiempo en celda de aislamiento en EE.UU.).

Resumen: La idea es ofrecer una perspectiva desde diferentes ángulos de visión, con la presentación de algunas ideas clave, señalar el papel y las funciones principales que cumple o ha de cumplir la presencia de la sociedad civil en el mundo de la prisión, ofreciendo algunos ejemplos de eso que he llamado “generando espacios sanos en un contexto insano” para poner como ejemplo y testimonio la voz de sus protagonistas.

Palabras clave: prisión, sociedad civil, contexto insano, protagonistas.

Abstract: The purpose is to offer from a variety of perspectives, the role and main function that civil society fulfills, or should fulfill, in the prison context. It includes what I refer to as “creating healthy spaces in an unhealthy context”, using the voice of its protagonist as testimony.

Key words: prison, civil society, unhealthy context, protagonists.

¹ Artículo basado en la conferencia ofrecida en Hikaateneo de Bilbao el 24-2-2021.

² Grupo SampAEN (salud mental en medio penitenciario de la AEN): Virginia Pareja, Mariano Hernández, Pilar Casaus, Iñaki Markez, Ana Gordaliza, Jose M. López, Leonardo Santamaría, Pilar Ventosa, Enrique Pérez, M^a Asunción de Concepción Salesa, Ezequiel Pérez, Marcos Gómez, María Fuster, Raisa Lizana.

Conceptos e ideas iniciales

Sociedad civil: La UNESCO define la sociedad civil como el *ámbito en el que la ciudadanía se involucra –de forma individual o colectiva– en actividades dirigidas a la defensa y promoción de intereses colectivos en la esfera pública, siendo su existencia, vitalidad y acción indispensable para mejorar, afianzar y expandir los derechos humanos, la democracia y la justicia social, evitando la concentración y el ejercicio ilegítimo del poder político del Estado y de otros sectores de la sociedad.*

Derechos humanos: Dice la Declaración Universal de los Derechos Humanos que *el principio del que todos ellos derivan su sustento es “...que todos los seres humanos, desde que nacen, son libres e iguales en dignidad y derechos”*–, lo que origina la *exigencia de respetar, proteger y garantizar la libertad e igualdad de todas las personas en el ejercicio de todos esos derechos para vivir dignamente, en cualquier lugar y momento, y en toda la diversidad de expresiones y opciones de vida posibles.* Los derechos humanos son universales, indivisibles, incondicionales. No responden a privilegios; no pueden jerarquizarse; y no pueden estar subordinados a figuras de autoridad, poder, ley o norma, correspondiendo a los Estados la obligación de garantizarlos y protegerlos y de crear los espacios y las condiciones para que estos derechos sean plenamente efectivos.

Vinculando estas dos primeras ideas, y en palabras del Alto Comisionado para los DDHH, *el entorno general en el que se desenvuelve la sociedad civil es fundamental para el desempeño de labores de defensa de derechos humanos y un indicador de la situación general de los mismos en un país.*

Persona presa: a pesar de que ello pueda sorprender, cuando no incluso escandalizar o molestar a algunos o algunas, partimos de que la persona privada de libertad es ante todo eso: persona. Dicho de otra manera: sujeto de derecho, manteniendo además su condición de ciudadano o ciudadana.

ART. 25.2. CE: *(...). El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.*

Institución penitenciaria: Partimos de que la cárcel es un servicio público, y, por tanto, quien ostenta en este caso esa obligación de garantizar y proteger los derechos de las personas presas y de crear los espacios y las condiciones para que éstos sean plenamente efectivos, sometiéndose además a unos mínimos estándares de calidad, al control de los órganos competentes y al ojo crítico de la sociedad, igual que lo hacen, por ejemplo, colegios y hospitales públicos.

Artículo 1 LOGP: *Las Instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad¹, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.*

Tratamiento penitenciario: definido por la ley penitenciaria como el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados. El tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades. A tal fin, se procurará, en la medida de lo posible, desarrollar en ellos una actitud de respeto a sí mismos y de responsabilidad individual y

¹ El artículo 25.2 de la Constitución Española establece que las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social (...).

social con respecto a su familia, al prójimo y a la sociedad en general.

Artículo 61 LOGP: 1. *Se fomentará que el interno participe en la planificación y ejecución de su tratamiento y colaborará para, en el futuro, ser capaz de llevar, con conciencia social, una vida sin delitos.*
2. *Serán estimulados, en cuanto sea posible, el interés y la colaboración de los internos en su propio tratamiento. La satisfacción de sus intereses personales será tomada en cuenta en la medida compatible con las finalidades del mismo.*

Régimen penitenciario: según la ley penitenciaria el fin primordial del régimen es lograr el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento; en consecuencia, las funciones regimentales deben ser consideradas como medios y no como finalidades en sí mismas. Sigue diciendo que se fomentará la colaboración de instituciones y asociaciones dedicadas a la resocialización y ayuda de los reclusos.

En definitiva, podemos afirmar que la apertura de la prisión a la sociedad y al entorno comunitario no es un favor del poder, ni siquiera una consecuencia lógica de una supuesta política penitenciaria más aperturista. Es un derecho del interno/a, que se deriva directamente de la aplicación del 25.2 de la Constitución Española y de 1 de la LOGP, y un derecho de la ciudadanía.

El papel de la sociedad civil

Según datos oficiales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) en el bienio 2018-2019, 883 ONG y 7.819 personas, entre voluntarios/as y profesionales, participaron en la ejecución de 1.025 programas de intervención de diversa índole.

El papel de la sociedad civil es esencial en el mundo de la prisión y tendría que verse como colaborador con la institución en su proyecto resocializador y educativo de preparación para la vuelta a la vida en libertad.

No estamos allí para entretener a la población reclusa. Tampoco para hacer más soportable

su condena, o para remediar benéficamente las injusticias o carencias que la propia institución provoca o mantiene. Estamos allí con la legitimidad y la responsabilidad que nos otorga nuestra condición de sociedad civil organizada y comprometida, y por nuestra labor hacia la búsqueda de la transformación social.

Desde este punto de vista, y sin pretender ser una lista exhaustiva, destacamos algunas de las funciones principales que cumple la sociedad civil en el mundo de la cárcel:

- **Función relacional o de humanización:** porque sobre todo y primero, establecemos relaciones humanas y tratamos humanamente, generando espacios de expresión, de escucha, de atención, de libertad...desde la horizontalidad, desde la igualdad y desde el respeto. Personalizamos, en un doble sentido: 1) diferenciando la parte del todo, al individuo del colectivo, no tratándolos por igual, como si fueran una masa homogénea y no un grupo heterogéneo de individuos singulares cada cual con su propia idiosincrasia; 2) devolviéndoles la condición y el trato de persona: para nosotras nos son un número, un expediente, una condena, no son un artículo del Código penal. Para nosotras son personas, y como nosotras, tienen, no solo una cara definida, sino también un nombre propio. En la cárcel aprendes el valor de una palabra, el valor de una sonrisa, el valor de un abrazo. Allí descubres que un pequeño gesto, carente de valor o significancia fuera, adquiere una dimensión impensable dentro, pudiendo llegar a marcar la diferencia entre el equilibrio y el desequilibrio psicológico y emocional de quien está al otro lado. Allí conoces, sino emociones nuevas, nuevas formas de sentir emociones: impotencia, frustración, desesperación, incredulidad, incompreensión, ira, tristeza. Experiencias cotidianas fuera alcanzan allí dentro una categoría propia, solo vivenciable cuando ocurren allí y cuando las compartes con ellos/as: risas y lágrimas *talegueras*, abrazos *talegueros*, emociones *talegueras*... Que solo experimentas cuando estás en el *talego*. Y que son tremendamente humanas y puras.

- **Función educativa:** en una doble dirección. Por un lado, dotamos de oportunidades y espacios de aprendizaje a la persona privada de

libertad. Como sujeto de derecho y sujeto educativo, la persona privada de libertad ha de gozar de las mismas oportunidades que el resto de ciudadanos y ciudadanas, no quedando al margen de los avances de la sociedad moderna en la que nos encontramos, tan cambiante y acelerada que agrava el desfase que tiene lugar por la estancia en prisión. Estamos en el S.XXI y los derechos humanos, su desarrollo y su garantía, han de entenderse también como derechos del S.XXI (o de 4ª generación como vienen denominándose) lo que necesariamente implica una interpretación extensiva y compleja de los mismos, donde todo lo tecnológico y digital adquiere una importancia fundamental, no pudiendo la prisión vivir de espaldas a ello. Por otro lado, generamos y facilitamos oportunidades e itinerarios de aprendizaje, personal y profesional, también a la ciudadanía, a través de voluntariado, prácticas y otras colaboraciones que contribuyen a crear una mejor sociedad y unos mejores profesionales, más empáticos y completos. Contribuimos a generar y ejercer ciudadanía y participación activa de uno y otro lado.

- **Función terapéutica:** la sociedad civil en prisión aporta oxígeno, suficiente para poder respirar hondo en un lugar donde llenar los pulmones de aire generalmente cuesta, porque todo te oprime. Generando espacios de confianza y autoconfianza; de conocimiento y autoconocimiento; de creación de relaciones horizontales; de superación de adicciones que destrozan vidas y provocan conductas de auto-boicot; de identificación, expresión y gestión de frustraciones, miedos, anhelos; de afrontamiento de la condena social y de los retos de la vida fuera que a menudo no están preparados/as para superar, generando una sensación permanente de fracaso muy vinculada a recaídas en consumo y delito. Tristemente hay quienes no saben vivir en libertad, porque vivir en libertad es difícil, y acaban por resignarse a la idea de una vida en prisión, siendo algo que, como sociedad civil y como sociedad en general, no tendríamos que aceptar ni permitir.
- **Función de observación:** observamos la realidad penitenciaria, la ejecución de la pena privativa de libertad y el cumplimiento de los derechos de las personas privadas de libertad, así

como los excesos de la institución y sus trabajadores/as en su trabajo diario. La LOGP habla de *abrir las cárceles a la sociedad*, como loable declaración de intenciones que aún hoy, casi 50 años después, sigue sin embargo provocando reticencias entre un sector del funcionario penitenciario a quien no le gusta la presencia de actores externos que vigilen su actuación. Y es que el castigo penal ha pasado de ser un espectáculo público que se ejecutaba en la plaza del pueblo con una entregada audiencia, a ser un acto oculto, ejecutado en espacios herméticos, desconocido e ignorado para el ciudadano de a pie. A toda institución le gusta contar lo que hace. A la penitenciaria no, y mucho menos le gusta que lo hagan otros. No se entienden sino, obstáculos constantes a la realización de estudios, análisis o estadísticas, recogida de testimonios, realización de encuestas...ante lo que es habitual encontrarse con trabas. ¿Miedo a los resultados? Eso por no hablar del reto diario de llevar a cabo la actividad autorizada - una vez superados los pesados trámites burocráticos que en no pocas ocasiones se eternizan en el tiempo - que se convierte en una incomprensible y agotadora carrera de obstáculos, en la que cada día parecemos tener que ganarnos de nuevo la autorización de quienes ya no son la autoridad competente para otorgarla, sino teóricos facilitadores de su realización.

Nuestra observación, además, no puede ser neutral, ha de tener la ambición y la fuerza de cambiar algo de lo observado. En otras palabras, ha de tener un fin transformador.

- **Función de puente:** entre ambos lados del muro. El hermético, opaco y desconocido que es la prisión y el de esa sociedad que antes o después tendrá que volver a acoger a quienes salen de ella, a pesar de su empeño por mirar hacia otro lado y por no asumir su parte de responsabilidad en el proceso de reinserción. Un proceso al que contribuyen conscientemente o no, señalando, marginando, excluyendo y estigmatizando; o, por el contrario, acogiendo, facilitando, comprendiendo, integrando. Pero es esencial que esa labor de puente no se limite al momento de la salida, sino que se realice desde el inicio del cumplimiento, extendiéndose durante todo el tiempo de internamiento. Ello garantizará que el aire de la calle no

deje de fluir en el interior de la prisión, y que no se pierda el contacto con el exterior ni con elementos de normalidad claves a la hora de retomar la vida en libertad (lenguaje, códigos, valores, interpretaciones, reacciones, emociones, etc.).

- **Función de apoyo a la familia:** el ingreso en prisión de una persona no solo tiene consecuencias y efectos negativos para ella, sino también para su entorno, especialmente familiar, que sufren igual, cuando no más, la condena penal y social. Familias que están en una situación de abandono, desamparo y a veces incluso, maltrato institucional vergonzantes. Familias a las que se estigmatiza, excluye y rechaza sin que hayan cometido ilícito alguno. Familias que se pierden en el lenguaje, en la burocracia, en la norma, y que se sienten solas y desorientadas en un arduo, angustioso y agotador recorrido lleno de callejones sin salida. Familias en las que demasiado a menudo la salud mental también se ve gravemente afectada, y que tampoco cuentan con la empatía ni la comprensión de los profesionales médicos.
- **Función de visibilizar lo invisible y crear conciencia social:** decirle claramente a la sociedad que las cárceles existen y que en ellas habitan personas. Que están ahí, aunque nos empeñemos en ignorarlas, que son parte de nosotros y nosotras y de nuestro entorno, aunque no nos identifiquemos con ellas. Que son parte de nuestra responsabilidad como sociedad, aunque no nos demos por aludidos. Que quienes están en prisión son nuestros iguales: seres humanos, personas, ciudadanos y ciudadanas. Visibilizar a la persona que hay detrás de la etiqueta; conocer y comprender su historia de vida; conocer las causas del delito; y sobre todo colaborar en el proceso de reinserción. Y entender que solo así ganamos todos/as.

Generando espacios sanos en un contexto insano...

El derecho a la salud implica el derecho a vivir en entornos saludables. Partimos de la obviedad de que cualquier institución total es por concepto insana, y la prisión es uno de sus máximos exponentes. ¿Se pueden crear espacios sanos en un contexto insano como es la cárcel? Nosotras

creemos que sí. ¿Cómo? Sirvan las siguientes dualidades como ejemplo, donde lo primero es lo insano y característico de la institución total, y lo segundo es lo sano y característico de las entidades de la sociedad civil:

1. **Apellidos Vs. Nombre:** Todos/as tenemos un nombre, ese con el que nos familiarizamos y al que respondemos desde pequeños/as. Ese que pasa a ser parte esencial de nuestra identidad. La institución penitenciaria te despoja de tu nombre, utilizando solo tus apellidos, en un claro ejercicio de distancia y despersonalización disfrazado de respeto. Ante la sencilla y cotidiana pregunta **¿cómo te llamas?** una persona presa tenderá a responder con sus apellidos, como si, efectivamente, hubiera perdido su nombre o no lo recordara. Dirigirnos a ellos/as por su nombre de pila, y recordarles con ello que no solo lo siguen teniendo, sino que nunca lo perdieron, es generar salud y establecer relaciones humanas.
2. **Don/Doña Vs. Nombre:** como continuación de ese proceso despersonalizador y de desequilibrio de poder al que toda institución total somete a sus moradores, no solo la persona reclusa *pierde* su nombre pasando a ser identificado y a identificarse solo por los apellidos, sino que a la contra, tiene que dirigirse al funcionariado por Don y Doña (ahí sí, seguido, en su caso, del nombre de pila...), pudiendo considerarse lo contrario una falta de respeto constitutiva de una sanción disciplinaria. Esa costumbre a la sumisión en el trato con otros/as se extiende al personal externo, al que les cuesta mucho llamar simplemente por su nombre de pila. Llamarles por su nombre nosotras y obligarles cariñosamente a hacer lo propio de vuelta –sin Dones ni Doñas que valgan– les recuerda que ante todo son personas, y ese reconocimiento de igual al igual, crea relaciones y por tanto espacios sanos. Argumentación aplicable a la dualidad *La parte por el todo Vs individualización*.
3. **Verticalidad Vs. Horizontalidad:** la institución penitenciaria es una institución enormemente jerarquizada, donde el propio funcionariado se relaciona más en la verticalidad que en la horizontalidad. Pero la distancia que hay entre el último escalafón del funcionariado

penitenciario y la persona privada de libertad es verticalmente abrumadora, y a menudo se utiliza para ejercer abusos de poder y dinámicas degradantes, fuente de un resentimiento característico entre la población reclusa al que incluso se refirió el propio Mandela². Relacionarse desde la horizontalidad, desde la igualdad, desde el *aquí nadie es más que nadie*, también crea relaciones y espacios sanos. Y vinculado con ello iría la dualidad *arrogancia o superioridad Vs. humildad o igualdad* en el trato.

4. *Imposición Vs. Escucha*: La cárcel sería distinta si en la gestión de las situaciones diarias en su interior se escuchara más y se impusiera menos. En la cárcel todo o casi todo se gestiona, se afronta y se resuelve a través del régimen, es decir, de la norma, a menudo, de carácter disciplinario. Situaciones claramente generadas por frustraciones, sentimientos de impotencia y otras angustias del día a día del encierro, se responden sistemáticamente con el régimen sancionador en la mano, añadiendo más frustración, más impotencia y más angustia, y haciendo crecer ese resentimiento y ese odio que en no pocas ocasiones termina siendo patológico. La escucha activa marca la diferencia y es la razón fundamental de creación y solidez del vínculo entre la persona presa y la persona perteneciente a la entidad de la sociedad civil. Esa escucha y ese vínculo generan relaciones y espacios sanos en un contexto tan insano como la cárcel.

5. *Blanco y negro Vs. Gama de grises (o interpretación estricta de la norma Vs Flexibilidad)*: Que una cárcel es un espacio donde la norma es omnipresente está claro y puede que justificado como norma general. Que eso impida ver cuándo la norma no procede, cuesta más de entender. Para muestra dos botones: 1) Tal vez no en todos, pero sí en algunos módulos de respeto, está prohibido llevar la cabeza cubierta en los espacios cerrados comunes (sala, comedor, etc.), constituyendo una falta el hacerlo. En una situación meteorológica tan extrema y excepcional como Filomena ¿real-

mente está justificado el mantenimiento de dicha norma, por el hecho de estar en la cárcel? 2) Tal vez no en todas, pero en muchas UTEs³ se restringen aún más los ya de por sí muy restringidos derechos de los/as internos/as –cuestión que no es momento de analizar, pero que creemos importante dar a conocer en el marco que nos ocupa– como la prohibición de recurrir las decisiones de la Junta de Tratamiento del centro o la reducción del número máximo de llamadas semanales permitidas. Habiendo agotado todas las llamadas permitidas a la semana un interno, si éste tiene un familiar ingresado en el hospital ¿está justificado el mantenimiento de dicha norma, por el hecho de estar en la cárcel? Toda actividad y programa tiene unas normas o unas pautas, las de las entidades sociales también, pero saber ser flexibles con su interpretación y aplicación cuando procede es, no solo un acto de madurez e inteligencia profesional, sino un acto de creación de relaciones y espacios sanos, por muy insano que sea el contexto donde se den.

Es decir, donde la institución impone, las entidades de la sociedad civil escuchamos. Donde la institución primero pone una parte y luego, en el mejor de los casos, pregunta, las entidades de la sociedad civil, primero damos un abrazo y luego, y en todos los casos, preguntamos. En definitiva, donde la institución crea enfermedad, las entidades de la sociedad civil, sanamos.

La voz de los protagonistas

Siempre que tengo que hablar de algo relacionado con la prisión intento contar con el testimonio de quien vive la prisión en su propia piel. En este caso ¿quién mejor que personas privadas de libertad que asisten a programas y actividades realizadas por entidades de la sociedad civil organizada para opinar sobre lo que les aportan esos programas y las personas que los llevan a cabo? He aquí seis testimonios de internos del centro penitenciario Madrid III, participantes en el programa Reconéctate de la Fundación Esplai (entre otros) y reproducidos tal y como ellos nos

² Al salir por la puerta hacia mi libertad supe que, si no dejaba atrás toda la Ira, el Odio y el Resentimiento, seguiría siendo un prisionero (Nelson Mandela).

³ Unidades Terapéuticas Educativas (módulos terapéuticos normalmente dedicados a procesos de deshabitación de drogas).

los han hecho llegar⁴. Nada que pueda explicar yo tendrá tanto valor ni tanta verdad:

Testimonio 1

“Como interno, cualquier contacto con gente de fuera es positivo para el ánimo y la salud mental. Aquí dentro en mayor o menor medida todos acabamos centrados en hablar de condenas, jueces, funcionarios, delitos... También, según el momento, tenemos que fingir que somos de una manera que no somos, por ocultar cosas que aquí pueden estar mal vistas o aparentar fortaleza. Con las personas voluntarias puedes ser tú mismo y puedes hablar con libertad de muchas más cosas. Además, notar que alguien te trata como a una persona normal, como a un igual y no como un enemigo o un estorbo te hace recuperar la autoestima y la sensación de normalidad. Su mera presencia, independientemente de su actividad, ya es una ventana abierta al mundo real, al que deseamos volver y del que estando aquí dentro vas desconectando un poco cada día ya que la institución no pone nada de su parte en la famosa reinserción. Desde aquí, mi más sincero agradecimiento a todos los que hacen este tipo de voluntariado, en especial a las que conozco personalmente”.

Testimonio 2

“Me comentan que te mandemos posibles beneficios que nos pueden aportar las ONG que nos visitan. Yo tengo experiencia con 4 y que más me ha impactado es la vuestra, sin desmerecer a las otras. La frescura junto con la sencillez que aportáis, como si nos conociéramos de toda la vida, en el estado de ánimo que aquí nos encontramos, como sabéis unos días mejor y otros regular, pues es una ayuda tan grande que no sé si sabré explicar en estas líneas la fortaleza y el ánimo con el que regresa uno al módulo después de cada sesión. Y no me extiendo más sobre el tema porque llenaría folios. Vaya un abrazo y mi gratitud por la ayuda prestada y por contribuir a no volvernos locos en este obligado confinamiento”.

Testimonio 3

“Es primordial y de vital importancia para la población reclusa en general el papel que juega dentro de prisión –el cementerio en el que vivimos– los voluntarios y las ONG pues suplen un papel que debería hacer la administración pública. Estos voluntarios y ONG se preocupan por nosotros de la manera que no hace el Estado. Un ejemplo para mí de gran importancia es el TACA (Terapia Asistida con Animales) en el que salimos a espacios abiertos (jardines) con animales, en este caso perros, que nos dan el cariño y amor que tanto nos falta a algunos aquí dentro. Y otros muchos programas y voluntarios que nos ayudan a evadirnos y a pasar el tiempo de manera productiva, con un propósito y un fin. No puedo ni llegar a imaginar cómo sería de oscura y tenebrosa la vida en prisión sin la presencia de ONG y voluntarios, aunque admito que no solo se deberían centrar en los módulos terapéuticos y de respeto, son sobre todo en los módulos conflictivos que es donde más falta hacéis”.

Testimonio 4

“Lo más duro de estar en prisión es la soledad. El único balón de oxígeno son los 40 minutos a la semana en los que puedes ver a tu familia o la hora y media al mes del vis a vis. Solo en esos dos momentos te sientes libre de ser tú mismo, escuchado y medianamente alegre. Pero ¿cómo puedes sobrevivir a tu estancia en prisión el resto del tiempo?”

Deseas hablar de tus problemas, mejorar como persona, tus actos, tus pensamientos, verdaderamente reinsertarte, pero te das cuenta de que en tu módulo es prácticamente imposible. Es muy difícil congeniar con una persona y darse apoyo mutuo sin conocerte de nada y estando ambos en una situación tan complicada.

Hasta que un día, un anuncio en los pasillos de la cárcel te detiene en seco porque sabes que hay algo diferente a lo ya visto. Carteles de fundaciones, grupos, voluntarios y ONG que quieren ayudarte personalmente, crear un espacio en el que puedas ser tú mismo, en el que veas que no estás en un pozo sin fondo.

En ese mismo instante, ese cartel es tu salvavidas. El programa comienza, semana a semana

⁴ Testimonios recibidos por correspondencia entre Enero y Febrero de 2021, en plena pandemia del Covid19, y estando las actividades, los permisos de salida, las visitas familiares, y el acceso de las ONG suspendidos en la mayoría de centros penitenciarios de España, entre ellos Madrid III (Valdemoro).

vas cogiendo confianza, te das cuenta de que se trata de personas maravillosas que quieren ayudarte, que es su único deseo y que lo hacen de corazón. Se convierten en un apoyo fundamental, te dan esa oportunidad que tanto necesitas para cambiar, para perdonar y perdonarte, para soñar con metas que gracias a ellos ves alcanzables si tú quieres. No te oprimen, te invitan a sentirte libre, aunque estés en prisión, cosa que es posible y que una vez lo consigues es especialmente bello. Y con ellas puedes expresarte con libertad. Y toda esa tristeza diaria cambia, poco a poco eres un hombre nuevo. Sigues en el mismo sitio, con la misma gente, pero lo más importante ha sido modificado: TÚ. Eres consciente de que vas sanando y lo compartes con tus compañeros y cuando les explicas cómo te sientes, te das cuenta de que te están reinsertando de verdad.

Llevo casi 2 años en un programa como estos y me doy cuenta que el tiempo en esos 2 años ha valido. Que gracias a ellas tengo un bonito recuerdo de la cárcel, que he cambiado, he mejorado. Que con su ayuda he logrado quererme, cosa que nunca había conseguido. En los momentos más difíciles han estado conmigo, convirtiéndose en la única vía de escape posible, incluso en pandemia sin estar físicamente presentes.

Son las encargadas de realizar ese trabajo tan difícil y necesario. Es un trabajo vocacional y para el interno, el único contacto con el exterior al margen de su familia, que ayuda la reflexión, motivación, participación, incentivación, ilusión... elementos fundamentales para las personas que están privadas de libertad, en clausura.

Todo ello debería estar planificado, desarrollado y programado por instituciones penitenciarias, lamentablemente no es así. No existe. Afortunadamente tenemos y existen las ONG que están realizando un trabajo fundamental”.

Testimonio 5 - Cuando el desierto florece

“Entendemos por medioambiente, el conjunto de elementos que engloba la naturaleza, la vida, los elementos artificiales, la sociedad y la cultura que existen en un espacio y tiempo determinado. Se trata del entorno que condiciona la forma de vida de la sociedad, formado por elementos interrelacionados y que son modificados por la acción humana.

Desde un enfoque medioambiental, las prisiones son sistemas, ecosistemas de extrema pobreza de naturaleza, por ende, de vida.

Desde la dimensión social del ser humano, si hay algo significativo y constante en nosotros como especie es que somos seres sociales, el ecosistema de una prisión, sería un desierto.

Nada es tan necesario y favorable a la vida como la biodiversidad. La prisión es un ecosistema cerrado, opaco, carente de posibilidades, no hay luces, ejemplos, referentes, no hay intercambio de vida, ni espacios que lo favorezcan. El crisol de miradas, naturalezas, vivencias, experiencias, toda esa biodiversidad que cada ser humano reúne en sí mismo. Ese patrimonio, esa biodiversidad social, riqueza, ese magma de infinitas conexiones, intercambio de información, que posibilitan relacionarse, desde lo humano, de persona a persona, que implica un reconocimiento del otro, una mirada real, fresca, que se comunica de forma espontánea, voluntaria y consciente, ese viento tan favorable, propicio y necesario para que se pueda desarrollar esa parte social, humana, tan intrínseca a nosotros, en la cárcel no sopla. En este sentido la cárcel es un ecosistema enfermo, lleno de endogamias. Las jerarquías, el ordeno y mando, es un suelo muy pobre, no hay condiciones para que la vida se propague. Son espacios, insanos con una energía muy particular, toxica, que muchas y muchos de vosotros habéis sentido al entrar como voluntarias en una prisión, y que quizá no se puede describir, pero está en el aire. Nada se renueva, nada fluye, donde no hay intercambio, no hay experiencia y, por tanto, no hay aprendizaje social, humano, cultural.

La salud principia por vivir en un medio sano, donde puedas respirar, expresar, relacionarte con el medio natural, con las personas, con TODO de lo que formas parte y eres. Sin eso, enfermamos, no vibramos ni emitimos igual. El ser humano cuando se aleja de la naturaleza se deshumaniza, nuestras sociedades son un claro ejemplo de ello.

Cualquier semilla lleva consigo toda la información, solo necesita la posibilidad, esto es, un suelo fértil y apropiado. Esto jamás lo tendrá la prisión tal y como está concebida, por su propia

estructura, por sus vicios y dinámicas limitadoras y represivas. Necesariamente tiene que venir de fuera, desde otros espacios.

El hecho de que personas de otros ámbitos y colectivos accedan a las cárceles en calidad de voluntarias, contribuye a crear suelos ricos, fértiles, aireados, permeables. Es crear las condiciones para favorecer la vida en mayúsculas. Más allá de lo que puedan transmitir (herramientas, conocimientos, capacidades) está el hecho determinante de poder reconocerte y reconocer en esa biodiversidad del ser humano, poder relacionarte con ella desde el reconocimiento y el respeto, de igual a igual, y desde ahí poder constatar que uno está vivo, con todo lo que conlleva. Favorecer la vida, desde la vida y por la vida”.

Testimonio 6

“¿Quién me iba a decir a mí que en prisión iba a haber voluntarios y ONG por vocación y sin cobrar un €? Cuando yo entré en prisión ni se sabía que había ONG. No digo estas palabras para bailarles el agua, en mi persona, es la puta realidad, ya que se merecen mi respeto y estima. Llevo acudiendo a ONG desde que empezaron a entrar en las prisiones. Me han ayudado cuando he estado de bajón y podía haber cometido locuras y solo por estar conmigo y poder contar con ellos he sacado fuerzas de flaqueza, ya que como no los veo como institución, me muestro como soy. Han trabajado conmigo temas personales, familiares, penitenciarios... Estoy pensando todo el día en el día que vienen, y ahora, con el Covid, el día que tengo video-llamada con ellos. Son personas que te ponen tu realidad enfrente y te dan herramientas para poder salir victorioso y afrontar los problemas que te surgen en un lugar tan hostil como el que me encuentro. Hace bastantes años en las prisiones permitían las drogas –cocaína, heroína– para no pensar en reivindicaciones, fugas, motines, nos tenían detrás de la papelina. Ahora, el 90% estamos medicados sin tener una patología, todo tramado por los centros para tener a la gente tranquila y anulada. A mí particularmente me están dando 8 benzos al día sin necesidad de tomarla. Parece broma, pero vas al psiquiatra y eres tú quien le dices qué es lo que quieres. Es penoso. He conocido a mucha gente como yo, extrovertida y contenta, que los han dejado anulados. Con lo fácil que habría

sido dejarte hablar con profesionales cualificados y no darte tanta benzo, que está la población reclusa con adicción a medicamentos. Y cuando te ven un poco nervioso te inyectan sustancias que te dejan anulado un mes y hay gente que no es consciente y ya son ellos mismos los que la reclaman. Yo he tenido la suerte de no entra en ese mundo por lo que he vivido en estas casas, información que han dado las ONG y he aprendido a hablar con ellas con el corazón en la mano ya que sé que no lo utilizarán en contra tuya. En casi todas las prisiones son los que me han ayudado, me he abierto a ellos, me he reído, he llorado y he mostrado el auténtico yo, ya que como he dicho antes no les veo como institución. A los trabajadores de los CP les tienes que decir lo que ellos quieren oír tanto para que te ayuden como para conseguir beneficios. Así que ole, ole, ole las ONG que vienen a ayudarnos dentro de sus posibilidades y a pesar de las restricciones que les ponen los CP, ya que no es de su agrado que entren las ONG. Así que animo a más gente a que conozca en primera persona lo que son las prisiones y a las personas que estamos cumpliendo condena porque estoy seguro de que cambiarán el concepto. Yo siempre aprendo algo nuevo de ellos, y me han hecho ver que hay otra vida y a creer en mí mismo. El tiempo con ellos es un tiempo en que desconectas del lugar donde estás y es un aliento de aire fresco y puro que suele puede entender alguien como yo privado de esa palabra tan bonita llamada libertad.

PD: Virginia, apáñatelas como puedas ya que no he sabido hacerlo de otra manera, espero que te sirva para algo, lo he hecho de corazón y he dicho lo que pensaba. Y eso de ser breve... sabes que no soy capaz”.

Comentario y cita finales

Dicen que España tiene uno de los sistemas penitenciarios más avanzados y humanistas de Europa, e incluso del mundo. Y seguramente sea cierto, pero ello, ni consuela a quienes la habitan o a sus familias, ni puede servir de pretexto para la no consecución del fin de la pena privativa de libertad por parte de la institución penitenciaria, ni debe hacer que las entidades de la sociedad civil organizada cejemos en nuestro empeño de transformar el mundo de la cárcel y la ejecución de la pena de prisión y que

todos caminemos hacia un modelo más acorde a los tiempos que corren. Un modelo basado en un enfoque comunitario, donde cada pieza de este complejo puzzle, sepa reconocer su lugar y quiera colaborar para el encaje del resto, en pro de un resultado positivo. Nuestra presencia en prisión es clave y nuestro papel absolutamente esencial para mantener el mundo de la prisión y a las personas privadas de libertad en el escenario público y social, sacándolas de un abandono y una invisibilidad que solo puede traer más retroceso a una institución ya de por sí anacrónica.

No se me ocurre nadie mejor para cerrar esta reflexión sobre la importancia de la presencia de la sociedad civil en el mundo de la cárcel que la gran humanista y muy admirada por mí, Concepción Arenal, que allá por 1891 escribió lo siguiente en su libro *El Visitador del Preso*:

“Nos congratulamos de que, en cualquier concepto, las personas honradas entren en las prisiones, porque lo peor que puede suceder es que

no entre nadie, como ha sucedido hasta aquí. No serían lo que son, ni pasaría lo que ha pasado, y en muchas está pasando, sin el aislamiento en que las dejó la indiferencia pública.

Bienvenidos sean los que quieren entrar en ellas con un objeto plausible, aunque tal vez no sea realizable, porque su presencia allí, si no hace el bien que se proponen, hará otro.

Dignos de aplauso son, y acreedores a gratitud, los que quieren ir a estudiar al preso, porque contribuirán a poner en comunicación el mundo regido por la ley penal con el mundo que no está bajo su imperio, y que la conciencia pública, que hace o deja hacer las leyes, sepa lo que son en la práctica, y lo que significa un año, diez años, veinte años de presidio. Esto lo ignoran, no sólo el público, sino los tribunales que imponen esas penas. Ahora que está en uso comparar a los delincuentes con los enfermos, puede decirse que el juez, salvo excepciones, es un médico que desconoce la composición y los efectos del medicamento que receta”.

Contacto

Virginia Pareja ☎ 911 681 686 ✉ vpareja@fundacionesplai.org
c/ Latina 21, Local 13 • 28047 Madrid

- Recibido: 06/03/2021.
- Aceptado: 07/06/2021.

Arte, creatividad y terapias.

Art, creativity and therapy.

Iñaki Markez.

Psiquiatra. Bilbao.

“El nacimiento de una criatura de la fantasía humana, nacimiento que es el paso por el umbral entre la nada y la eternidad, puede producirse también de repente, teniendo por gestación una necesidad”.

Aparece en el Prefacio de la obra de Luigi Pirandello *Seis personajes en busca de autor* (1921). Sintoniza con la idea de que el arte es expresión, manifestación o representación de la realidad. Si bien el concepto de arte se asociaba a la habilidad manual, y más tarde en la Grecia clásica se integran modos intelectuales como la lógica, la oratoria, la astronomía o la magia, para ya atravesada la Edad Media, en la segunda mitad del siglo XVII y en Francia aparecerá el término “bellas artes” para designar las expresiones artísticas logradas a través de las formas, los colores, el lenguaje, el sonido o el movimiento ocasionando satisfacción en quien las realiza y comunicación en quienes son receptores. El artista retorna a la realidad expresando sus fantasías a través de sus creaciones, sus obras. La obra de arte identifica el diálogo del artista con la realidad de su tiempo, y al tiempo contribuye a ordenarla, enriquecerla y ampliar su comprensión pues las artes son parte integrante de la experiencia humana, fomentan la innovación, fortalecen la cohesión grupal y han permitido combinar la estética con las propiedades utilitarias de la tecnología (Rodríguez Pulido y otros, 2018). Los temas elegidos que pueden responder a necesidades de expresión estéticas e intelectuales de la autoría pero que no necesariamente cumplen aquellos objetivos señalados ni con alguna función social

predeterminada. Hay quien ha tratado de identificar la obra artística cual psicoanálisis exitoso, donde el analizado es el artista autor y el analista imaginario sería ese público observador de la obra. Claro que no será algo lineal, mantenido en el tiempo y, de hecho, observando la obra de cualquier artista comprobaremos diferentes ciclos con el paso de los años.

Arte. Nos encontramos ante el Arte “como comunicación simbólica intersubjetiva con contenidos emocionales variables y múltiples” (Changeux, 2008), donde la empatía interviene como “diálogo intersubjetivo” entre las diferentes figuras, del espectador con las figuras, y entre el artista y el espectador. «Ante un cuadro, el espectador no está pasivo: explora la obra de manera activa, pasa de la visión global a la visión de los detalles (...) interroga al cuadro con la mirada y selecciona respuestas perceptivas que se ajustan a sus expectativas interiores». Las artes aprovechan la innovación y la creatividad mientras ofrecen oportunidades para abordar cuestiones sociales y satisfacer las necesidades humanas. Ofrecen oportunidades para poder educar y generar vías de intervención ante determinadas causas hacia un mayor bienestar. Claro que, si volvemos la mirada al gran artista e intelectual Jorge de Oteiza, nos encontramos con su vieja posición

de que “todo es arte”. Todo es ya sensible desde lo estético. Cuando el arte experimentalmente concluye, todo el arte pasa a ser naturaleza. Ya todas las naturalezas tienen explicación natural y estética. Esta es una de las más fundamentales conclusiones del arte contemporáneo que todos debieran haber comprendido. Todo lo que se nos manifiesta con el material sensible de una experiencia estética, es ya arte. Ese arte que representa la realidad, de tal modo que nos permite su posible transformación. Aquel Oteiza fue un referente en los años 60 y en el post 68. Y sigue siéndolo, a pesar de aquella vitola de rebelde e insobornable que le acompañó.

Ya en el ideario freudiano se apuntaba que el arte concilia dos objetivos: satisfacción del placer y adecuación a la realidad. A principios del siglo pasado, nos encontramos con artistas que acudían a los hospitales para que los pacientes salieran de sus rutinas a través de actividades, físicas o no, muchas de ellas artísticas, a través de la pintura, la danza, la escritura o la música. Aquellos médicos también utilizaban los dibujos y lo que pintaban como elemento de interés para el diagnóstico y para la rehabilitación si entendían que podía haber un conflicto psicológico o psiquiátrico. Unas décadas después, en los años 40 y 50, serían recursos importantes en las primeras experiencias de comunidades terapéuticas y del movimiento de rehabilitación en Gran Bretaña y después en otros países, a través de lo que se englobaría como la Psiquiatría social. De gran interés para aquellos pacientes con mayor dificultad de expresión verbal en las terapias, más tras unas épocas en las que el psicoanálisis pretendió “resolver los conflictos inconscientes” a través de la palabra.

La filósofa y psicoanalista Alice Miller, tras más de veinte años de ejercicio en el psicoanálisis, comenzó a pintar, sin vocación previa ni presión desde sus entornos, descubriendo aspectos íntimos, estructurando emociones y accediendo a espacios propios que hasta ese momento no había imaginado: “Mi dedicación espontánea a la pintura no sólo me ayudó a descubrir mi historia personal, sino también a liberarme de las ataduras mentales y de los conceptos de mi educación y formación, que conseguí identificar como falsos, engañosos y fatales” (Miller, 1990). Claro que, con frecuencia, comprobamos en la historia

como las personas creativas son adelantadas a su tiempo, y su obra, sus creaciones no son aceptadas hasta tiempo después pues la creatividad supone innovación, pero exige, además, la existencia de originalidad de esa persona autora y para quienes sean receptoras. El término *creatividad* es relativamente reciente, aunque otros de igual raíz -crear o creación- han sido utilizados desde tiempos lejanos, algo que ha ocurrido también en el campo teológico y artístico. Este término comenzó a utilizarse en la literatura de la psicología hace poco más de medio siglo, entendida como una capacidad psíquica, reconociendo su componente estructural de la personalidad y como tal susceptible de ser desarrollado, como acto innovador de alguien con inspiración genial. A partir de ese momento, han surgido diferentes tendencias interesadas en la comprensión de los procesos creadores, vinculándose para unos en ciertas estructuras neurológicas funcionales complejas dentro de la plasticidad cerebral que lleva a pensar en que la mente no es única, tenemos un pluralismo mental en la misma persona; mientras, otros se orientan hacia aspectos sociales y culturales que también cambian a través del aprendizaje y la experiencia.

No obstante, no se han podido encontrar las bases neurobiológicas íntimas de las capacidades creativas. Se activan en el cerebro con los sistemas neuroquímicos, los circuitos y estructuras funcionales allá en la profundidad cerebral donde se guarda la memoria genética, con la colaboración de las funciones cognitivas y afectivas para que las tareas lleguen a término. No obstante, carecemos de un modelo capaz de explicar el funcionamiento adecuado de todas esas estructuras que intervienen en el trabajo cerebral creativo, y la creación artística nos permite acercarnos a la realidad.

Creatividad. Cualquiera puede tener algún nivel de creatividad, es lo que se llama *creatividad ordinaria*, no obstante, pocos poseen una creatividad más que notoria que permita considerarles como *geniales* en el arte o en la ciencia. Genialidad como comportamiento creativo, personalizado, reconocido públicamente, de influjo prolongado y, además, supone poseer un alto grado de creatividad. La originalidad no es suficiente para explicar la creatividad artística, no basta hacer algo diferente de lo existente hasta

ese momento. Los niños realizan creaciones, son creativos respecto a su limitado conocimiento y experiencia previa, hacen dibujos espontáneos impactantes que, sin embargo, no son innovadores, no rompen reglas. También alguien adulto, aunque haga algo original, puede no ser creativo porque le falte el reconocimiento como algo valioso por su atractivo, su universalidad o su duración. Guimón (2016), promotor de iniciativas de *arteterapia* por su eficacia, entre profesionales de la salud y hacia pacientes, comentaba que las pinturas de algunas personas con esquizofrenia son, por ejemplo, valiosas para el paciente, pero no siempre para todos los observadores, que pueden encontrarlas excesivamente emocionales o, también, sin interés, insípidas. El arte, no lo olvidemos, es un medio que nos permite a todas las personas unir lo imaginario, lo simbólico y lo real. De ahí que la consideración que merecen las obras creativas tiene connotaciones culturales, y el paso del tiempo hace variar lo que se considera creativo en una época u otra.

La concepción de artista va más allá de ese concepto asociado a quien crea, quien es autor de obras artísticas y entendida la obra como una extensión de la propia autoría. Mejor ir más allá, recorriendo la historia pues es oportuno detenerse sobre las vanguardias, las corrientes artísticas de sus épocas (del esteticismo al decadentismo*, dandismo y esnobismo, el postmodernismo, contracultura y surrealismo, lo siniestro o lo bello, etc.), casi siempre con neta oposición a la burguesía gobernante, definiendo posiciones políticas e ideológicas a través de la descripción y valoraciones varias, incluso con interpretaciones psicoanalíticas de estos ilustres artistas y sus obras.

El arte ¿siempre es creativo?

Hay quien afirma que todos poseemos talento creativo y que sabiendo utilizarlo, podemos ser artistas donde las élites creativas convierten su imaginación e ideas en herramientas productivas. Pero comprobamos que la creatividad está constituida por aptitudes que permiten actua-

lizarse, o la habilidad para mirar con frescura a objetos y situaciones de nuestra cercanía, o también si se sobrepasa lo tradicional, con elementos innovadores hasta lograr originales resultados. Tampoco debemos olvidar que la creatividad se relaciona con otras facetas de la personalidad: la inteligencia, el estilo cognitivo y la motivación. Surge una pregunta ante estas cuestiones del arte y la creatividad: ¿es artístico todo lo creativo? Habría que responder previamente a la pregunta sobre qué es arte, algo de difícil consenso. Distinguir entre la persona, su vida y su estilo de vida; el producto, su creación; y el proceso para llegar a ello. Son muchas las personas que, sin ser artistas, realizan un trabajo artístico, un lienzo por ejemplo portador de significados. Gentes que pintan por distraerse o quienes representan sentimientos y emociones, también en enfermos mentales que plasman en cuadros sus alucinaciones o su estado de ánimo.

Una obra aislada, por ejemplo, una pintura, no es en sí misma una obra de arte y no todo significado pictórico es artístico. La actividad de cualquier artista de la pintura ofrece un verdadero lenguaje. Necesitamos algunos requisitos para considerar una obra como «artística»: que la obra sea el producto de un proceso que ha resultado en la creación de diversos ejemplares; que la obra tenga un significado psicológico; y considerarla en la perspectiva del artista, algo criticado por corrientes postmodernistas. Desde el Psicoanálisis hay quien ha considerado a esa persona creadora como alguien dotado de una inspiración genial que emana del inconsciente (Nehamas, 1992). Sin embargo, los avances recientes en Psicología inclinan a pensar que las personas creativas desarrollan una habilidad, específica sí, pero semejante a tantas otras habilidades que se pueden aprender y que sería, como las demás, mensurable por los métodos de la Psicología llamada «científica». Esa misma psicología científica que considera que inhibición, timidez, desinhibición, desvergüenza, impulsividad, etc., son conceptos que dan color al comportamiento de los seres humanos y definen su personalidad, su modo de ser. Teniendo todas ellas bases psicológicas y también biológicas, donde cambios faciales, químicos o reacciones inmunológicas pueden ser indicadores que nos orienten considerablemente.

* Decadentismo: movimiento cultural, sobre todo en la literatura, de origen francés de gran influencia durante las últimas décadas del siglo XIX. Embellecía lo perverso, lo absurdo y lo grotesco, aunque no como obscenidad.

No solo esto, también existen mecanismos neuropsicológicos de la creatividad. Actualmente se considera que, si bien la herencia de las capacidades creativas está presente, el contexto ambiental es muy importante para la aparición de la genialidad. Hay personas con talento donde ha sobresalido el tamaño del encéfalo, pero no se duda que hay ciertas áreas del cerebro relacionadas con algunas tareas mentales complejas, como también son la base de respuestas a los estímulos visuales. Ciertos estudios sugieren que algunos rasgos de personalidad, a veces llamados “neuroticismo” o “psicoticismo”^{**}, pudieran estar localizados en determinadas áreas de la corteza cerebral. En una mente hecha de módulos capaces de emociones, acciones y respuestas.

Es sorprendente que en la Psicología y la Psiquiatría hallan dada escasa importancia al estudio del color, comparada con el estudio de la forma. Es fácil comprobar un buen número de referencias a la pintura en cuanto a la representación en el dibujo, pero muy pocas de relación con los colores y con la pintura como tal. Durante los siglos pasados algunos se interesaron por estudiar los colores de manera más o menos científica o al menos técnica, en sus cualidades luminosas, su procedencia química, etc. Curiosamente la investigación rigurosa sobre el color es más bien tardía, comenzó en el siglo XIX, pero ya en el siglo XX, los artistas, un buen número de ellos dejaron de mostrar interés por los descubrimientos científicos, sobre todo lo relativo a la química, tinturas y colores, para interesarse más por su relación personal con lo cromático.

Sobre Arte, terapias y salud mental

Desde la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, se ha escrito mucho sobre el tema, aunque haya sido escasa la profundización sobre estas cuestiones. “Si queremos delinear la diferencia, podemos contrastar la compulsión del psicótico

con la libertad del artista” (Álvarez, 1974). Desde la diferencia, podía coexistir el arte naif, lejos de los modelos hegemónicos, que representa escenas de la vida cotidiana; el arte popular o folk, asociado a las tradiciones, a la cultura de colectivos minoritarios o en riesgo de abandono, más en sociedades tribales. A su vez, es conveniente diferenciarlo de los dibujos infantiles, así como de las actividades ocupacionales en grupos o talleres de arteterapia.

Aunque Freud escribió mucho sobre Leonardo da Vinci, el Moisés de Miguel Ángel, o “Gradi-va, el caso del pintor Cristóbal Haitzmann”, etc., tuvo notorios desencuentros con la vanguardia artística de su momento, como ocurrió con los expresionistas austríacos, o con el dadaísmo y el surrealismo pues entendía que ese arte de la vanguardia se posicionaba frente a los principios artísticos freudianos. Freud entendía que el artista busca fama, honores y reconocimiento social, mientras que la realidad de las nuevas propuestas artísticas (cubistas, expresionistas, simbolistas, fauvistas, primitivistas, neoimpresionistas, realistas), muy variadas todas ellas, con algunos artistas aún poco conocidos, estaban en una posición social que difícilmente podía relacionarse con aquel reconocimiento y dinero que se suponía acompañaría a su arte. Ni tan siquiera se acercaba al concepto romántico del arte, a aquella idea del artista como genio creador capaz de representar la realidad.

Si nos preguntamos sobre qué es arte, debiera tenerse en cuenta, además de la subjetividad de cada cual, los significados y significantes:

“de la misma manera que no todo organismo vivo no es una persona, cualquier obra aislada, por ejemplo, una pintura no es en sí misma una obra de arte. Hay muchas personas que, pese a no ser artistas, realizan un trabajo pictórico portador de significados, caso de algunos enfermos mentales que representan en sus cuadros sus alucinaciones”.

Freud afirmó que todos somos artistas, no en vano, cuando hemos sido niños, todos hemos pintado. Pronto vamos al colegio y, como si nos castraran, la mayoría dejamos de pintar mientras aprendemos a hacer números y a jugar al balón. Los pintores, en cambio, continúan pin-

^{**} *Neuroticismo*: Sinónimo de inestabilidad emocional, rasgo psicológico que define una parte de la personalidad. Se acompaña de síntomas de angustia, intranquilidad, preocupación, con tendencia a la culpabilidad y a menudo síntomas psicósomáticos; *Psicoticismo*: Estado de vulnerabilidad a las conductas impulsivas, débil empatía, actuaciones de frialdad e irresponsabilidad, y con frecuencia creativos, responsables, competitivos y críticos.

tando. Niños que expresan sus sueños, fantasías e ideas lo hacen a través de la pintura. También Freud afirma que en la edad adulta la pintura se convierte en el juego del adulto y que ésta es una prolongación del proceso primario de pensamiento, que es el que se produce en los sueños.

La obra debe ser el producto de un proceso que haya resultado en la creación de más de una obra, por lo que se hace necesario conocer no sólo lo que un pintor produce realmente, sino qué pinturas podría producir, trascendiendo así la noción de repertorio. La hipótesis de Sigmund Freud se basa en la existencia de una cierta flexibilidad de la represión en el artista, hecho que le facilitaría su creatividad.

Los psicoanalistas, en definitiva, han considerado que los individuos muy creativos presentan una mayor facilidad de acceso al inconsciente y para funcionar de acuerdo con el proceso primario, el que Freud pensó que generaría las ideas novedosas, como en los sueños, y que luego transferiría en ocasiones al inconsciente en forma de ráfagas o flashes de inspiración.

Algunos psicoanalistas como algunos pintores han tenido muy presente la simbiosis de su acción cotidiana y sus teorías. Recordemos como en los años 70, pasaban muchos jóvenes artistas que se identificaban con la contracultura mientras se sentían atraídos por el psicoanálisis.

El efecto terapéutico. Se ha vinculado el efecto terapéutico al paso del inconsciente al consciente, según el cual el arte liberaría las tensiones inconscientes y purgaría el alma. Es la catarsis freudiana, más eficaz en algunas personas con enfermedad mental. Comenzó a utilizarse como parte de la terapia estas expresiones artísticas en hospitales ingleses desde la década de los años treinta. Se demostró que era un buen recurso ocupacional, que reducía el aburrimiento en los prolongados internamientos, favorecía el diagnóstico y además era un excelente medio de “descarga emocional”. El término *art-therapy* se utilizó en Gran Bretaña en la década de los años 40, pero no sería hasta la década de los 80 cuando fue reconocido oficialmente, con diferentes enfoques creativos en sus actividades ocupacionales y en las políticas educativas, con

modelos propios en iniciativas desde Gran Bretaña, EE.UU., Francia, Alemania, Suiza e Italia, en todos ellos muy ligados a la práctica psiquiátrica en algunos hospitales. En el ámbito español, aunque ha habido interesantes y exitosas experiencias, no llegó a desarrollarse un modelo de actuación. Con sus variedades conceptuales en la terapia creativa, la terapia expresiva o en las actividades artísticas, estas más vinculadas con el área ocupacional. Eso sí, siempre reflejo de expresiones emocionales.

El éxito de una obra de arte se basa en su capacidad para evocar reacciones en las personas que las observan día a día y a lo largo del tiempo, considerándose atemporales las llamadas obras maestras. Claro que algunas se convierten en exitosas, en obras maestras, tras el paso del tiempo, fallecido el artista. Las obras de arte reflejan la identidad de las personas: somos lo que vemos de nosotros mismos y también somos esa visión que tienen los demás, una dualidad como valor simbólico de la producción artística, que no finaliza cuando el artista lo decide, sino que es una obra que jamás culmina, pues se completa cada vez que una persona interactúa con ese producto. La obra de arte, en nuestro mundo globalizado, por ende, mantendrá su valor mientras exista. Por este motivo quienes amamos el arte nos topamos con que su supervivencia pasa por su difusión y esta se desarrolla a través de la mercantilización.

Debemos y podemos comenzar a mirar las piezas de arte, a sentir el arte. No como *voyeurs*, ni como meros observadores, mucho menos como propietarios o deseosos de algunas piezas. No pensar en economía de consumo ni de negocio, pues eso ha sido –y sigue siendo– una buena parte de la política y el mercado del arte, sí como la interrelación entre personas, las obras y los espacios donde estas se encuentren.

Contacto

Iñaki Markez ✉ imarkeزالonso@gmail.com

Bibliografía

- Álvarez A. (1974). *Psicología del arte*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Changeux J-P. (2008). *Du vrai, du beau, du bien. Une nouvelle approche neuronale*, Paris: Odile Jacob.
- Guimón J. (2016). *Arte y salud mental ¿Existen las terapias artísticas?* Madrid: Ed. Eneida.
- Miller A. (1990). *El saber proscrito*. Barcelona: Ed. Tusquets.
- Nehamas A. (1992). «Painting as an Art». In: Savile, J. H. A. (ed.), *Psychoanalysis, Mind and Art*, Oxford UK: Blackwell.
- Pirandello L. (1921). *Seis personajes en busca de autor*. EDAF Ed., 2011.
- Rodríguez Pulido F, Rodríguez García A, Caballero Estebaranz N. (2018). *Arte, ciencia, salud y terapias creativas*. En “Salud mental y bienestar más allá del arte”. Madrid: Mercurio Edit.
- Sternberg, R. (Ed.) (1985). *Human Abilities: An information processing approach*. New York: W.H. Freeman and Co.

- Recibido: 15/6/2020.
- Aceptado: 25/10/2020.

Tras un año de pandemia covid-19, prioricemos la salud física, mental y emocional.

After the pandemic COVID-19 we must get our priorities right. Physical, mental and emotional health, should be on top.

Fernando Marquínez Bascones.

Doctor Psiquiatra. Psicoterapeuta. Bilbao.

Desde la llegada del virus y la declaración por la Organización Mundial de la Salud de estado de pandemia (enfermedad epidémica que se extiende a muchos países), el miedo se ha instalado en nuestro planeta como un fuego salvaje y devastador.

La pandemia Covid-19 es la enfermedad mas reciente de un mundo enfermo. Nos hemos encontrado desvalidos, carentes de suficientes certezas científicas en que apoyarnos para comprender las causas de la crisis, su posible evolución y el mejor modo de hacerle frente. En esta situación de alarma sobrevenida parece que son las voces extremas las que más gritan, y la mayoría social, casi totalmente silenciosa, permanece más desmovilizada que antes y con más miedo que nunca.

El profesor Francisco Mora, catedrático de neurociencia en la Complutense de Madrid define así el miedo: “Emoción innata que ocurre en el mundo animal y se expresa máximamente en los mamíferos incluido en hombre. Está producido por un peligro o una amenaza a la supervivencia, real o evocado por su recuerdo. En el ser humano esta emoción, gracias a los intrincados mecanismos que generan la conciencia, se eleva a sentimiento desagradable que, dependiendo de su intensidad, puede llegar a ser de terror, pánico y hasta paralizante.”

El miedo también puede definirse otras maneras. A mí la que más me gusta es la que utiliza el acrónimo para nombrarlo en inglés (F.E.A.R.), y sería una falsa expectativa o presentimiento de contenido negativo, que asumimos como real. Decía Tito Livio que el miedo está siempre dispuesto a

ver las cosas peor de lo que son. El miedo puede ser controlado o vencido en la mayoría de las ocasiones sino en todas. Una vez vencido el miedo, es innecesaria la fe, cualquier tipo de fe, y de hecho, podríamos considerar la fe, cualquier tipo de fe, como una patología de la mente humana

El escritor y científico británico, Arthur C. Clarke sostenía que la mayor tragedia de toda la historia de la humanidad puede haber sido el secuestro de la moralidad por parte de las religiones. Entre los doce hijos de Gea (enfermera) y Urano (médico general) destaca el titán intelectual Mario Bunge, de ahora en adelante M.B., quien efectivamente logró asaltar el cielo. Allí reside tras vivir más de cien años en este precario planeta, habiéndonos dejado el sabio magisterio de su obra científica. Según M.B. las mejores ideas son las que hacen abrir la mente, no la boca. A este propósito suele atribuirse a Albert Einstein la comparación de la mente con un paracaídas que solo funciona si se abre. Por tanto, las buenas ideas producidas en la mente de un cerebro humano son las que provocan e incitan a inventar nuevas ideas. En esto consiste la fuerza de alguna de ellas, y la debilidad de otras consiste en que inmovilizan en vez de movilizar. En todo caso no exageremos la importancia de las ideas. El gran Rousseau las consideraba inferiores a los sentimientos, pero no se trata de clasificar sino de integrar sistémicamente, la mente sentí-pensante con la acción correcta.

En esta loable labor puede y debe ayudarnos el humor si es humor adecuado, si es buen humor. Dicen en lo más tremendo del Diario Público



que el humor es una de las armas más fuertes contra el odio y las mentiras de los intransigentes y antidemócratas.

Estas cuestiones de mal humor o humor negro no las vamos a considerar aquí. Las vamos a desdeñar. Las ideas divertidas, las buenas ideas humorísticas pueden hacernos abrir a la vez la mente y la boca. Al hacernos reír nos hacen inmortales unos segundos. Me parece incluso ingenuo y atrevido llamar cuántica a esta inmortalidad.

Todos, sabemos, desde los tiempos del imperio romano, que los seres humanos somos los “morituri”, los que van a morir y son conscientes de ello. Sin embargo, el tabú de la muerte sigue instalado en nuestras culturas. En diciembre del año pasado, el congreso de los diputados aprobó el trámite de la ley del derecho a la eutanasia y al suicidio asistido (L.O.R.E). Una flor más en el mundo. La revista D.M.D. en su número 82 dice a este respecto que la llegada de la pandemia de la Covid-19 es un auténtico tsunami que ha hecho emerger muchas de las deficiencias de nuestra sociedad. Ha mostrado por ejemplo la escasa implantación de los derechos sanitarios, especialmente el derecho a una muerte digna. Razones epidemiológicas y de penuria de medios han llevado a miles de personas a una muerte en soledad, cuando no privadas de la asistencia exigible, por más que profesionales sanitarios sin

recursos y en un contexto tan inédito como insoportable, hayan hecho lo que han podido.

El 18 de marzo de 2021 el congreso de los diputados aprobó con 200 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones, el último tramo de la ley que entrará en vigor dentro de tres meses. Así España se sitúa en quinto lugar de todos los países del mundo que regula la eutanasia. Para celebrar esta fecha podíamos tratar de enterrar el tabú de la muerte. Puede que la muerte sea la forma en que la naturaleza nos indica que vayamos más despacio. Dice W. Shakespeare en Hamlet: “Muerte es el país no descubierto de cuyos límites ningún pasajero regresa.”, en Julio César: “Los cobardes mueren muchas veces antes de su muerte”, y también en Hamlet; “Ser o no ser, esa es la cuestión”.

Combatiendo el miedo con buen humor, podremos aprender más fácilmente de este año pandémico y tratar de remediar los errores avanzando hacia una sociedad más igualitaria y sostenible y por lo tanto más sana globalmente. También puede ayudarnos a salir de este atolladero con un nuevo paradigma más saludable, el libro de James Néstor, *Respira*, best seller internacional recién aparecido en castellano, citado en las referencias. Así pues, prioricemos la salud, que es una y trina la vez (física, mental y emocional) tanto si tenemos pandemia como si no.

Contacto

Fernando Marquínez Bascones ☎ 944 230 978 ✉ abanselfbilbao@gmail.com
Alda. Mazarredo 47, 6º • Bilbao

Referencias bibliográficas

Plaza, Escudero y Vaquero (2016). *Guía para identificar los personajes de la mitología clásica*. Cuadernos Arte-Cátedra. Madrid.

Francisco Mora (2015). *¿Es posible una cultura sin miedo?* Alianza Editorial. Madrid.

Mario A. Bunge (2014). *Entre dos mundos (Memorias)*. Gedisa-Eudeba. Barcelona.

Davis Crystal (2005). *Pocket Quotations*. Penguin Reference. London.

Revista D.M.D. Asociación derecho a morir dignamente. Nº20. Madrid 2020.

James Néstor (2021). *Respira. La nueva ciencia de un arte olvidado*. Planeta Editorial. Barcelona.

- Recibido: 27/03/2021.
- Aceptado: 21/06/2021.

Como los cangrejos. A cuarenta años de la Ley Orgánica General Penitenciaria*.

Like crabs.

Forty years after the General Penitentiary Organic Law.

Ana Gordaliza.

Socióloga, psicoanalista y TMAE (Actividades Ocupacionales) del Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro).
Madrid. Miembro de SampAEN**.

Un recorrido histórico por las vicisitudes que atravesó la primera ley de la democracia posibilitará la distancia crítica necesaria para analizar, con perspectiva, el profundo retroceso experimentado en estos años: La disminución de la población reclusa no debe engañarnos, va acompañada de un mayor porcentaje de población sometida a la jurisdicción penal; la salud mental de las personas que siguen cumpliendo sus condenas intramuros, ya afectada por la pobreza y su criminalización, sufrirá nuevas violencias institucionales con el encierro.

La Transición, el pilar ideológico de la democracia española

Emmanuel Rodríguez, en su libro *Por qué fracasó la democracia en España. La Transición y el régimen del '78*, presenta este momento de nuestra historia como una tragedia griega. Tal y como ocurre en todos los procesos históricos, el héroe es colectivo; un malestar generalizado y ansias de cambio y libertad fueron el principal factor de la crisis política y económica de la dictadura, la

verdadera fuerza movilizada y movilizadora. El protagonismo fue el de la autonomía obrera, las luchas vecinales y los nuevos movimientos sociales. Hasta 1976 no aparecen en la escena política otros dos actores principales: por un lado, el reformismo franquista, por el otro la izquierda política, compuesta por numerosas organizaciones que se distancian en mayor o menor medida del héroe, he aquí los episodios de la tragedia. El problema de la Transición fue el de cómo integrar y neutralizar al héroe.

La Transición fue el resultado de una correlación de fuerzas, sin duda, pero la debilidad no quedaba del lado de la movilización social, sino del de la izquierda política; de ahí surgió el pacto precipitado entre el reformismo franquista y los partidos democráticos: el proceso constituyente se llevó a cabo por vía de urgencia, sin debate amplio y profundo, aún más rápida fue la firma de los Pactos de la Moncloa que, junto a la Constitución del 78, acabaron con casi todas las expectativas de importantes segmentos sociales. Se trataba de garantizar a cualquier precio la

* Artículo basado en la conferencia ofrecida en Hikaateneo de Bilbao el 10-2-2021.

** Grupo SampAEN (salud mental en medio penitenciario de la AEN): Ana Gordaliza, Iñaki Markez, Mariano Hernández, Pilar Casaus, Jose M. López, Leonardo Santamaría, Pilar Ventosa, Enrique Pérez, M^a Asunción de Concepción Salesa, Ezequiel Pérez, Virginia Pareja, Marcos Gómez, María Fuster, Raisa Lizana.

estabilidad electoral y, con ella, los intereses del capital; para ello resultaba fundamental controlar y embridar la conflictividad social.

“Las comparaciones con la tragedia griega no van, sin embargo, más allá. El *éxodo* del héroe, el reconocimiento de sus errores y su castigo, que debía conducir a la *catarsis*, la purificación y el aprendizaje del espectador colectivo (la *polis*) no se reconoce en esta historia. Y, sin

embargo, las correspondencias entre el final canónico de la tragedia y la explicación oficial de la Transición resultan sorprendentes. ¿Qué otra cosa, si no, han sido las continuas alabanzas a la contención del “pueblo”, a su moderación, a su responsabilidad, a su delegación en actores reconocidos, frente a los excesos inmoderados del radicalismo y el peligro siempre presente de guerracivilismo?”

La puesta en funcionamiento de la maquinaria de producción ideológica, que no ha parado hasta la actualidad. Un análisis riguroso desvela la verdad: a pesar del mito que se intenta mantener, el resultado de la Transición ha sido un régimen representativo demócrata-liberal que tolera la conquista de libertades civiles a costa del mantenimiento y reproducción de los intereses de viejas y nuevas élites. De ahí que Emmanuel hable del fracaso de la democracia que, si bien es cierto que también desfallece en otros países ante los mercados, en España tiene sus particularidades al no surgir de la derrota del fascismo –tampoco se puede olvidar que la dictadura franquista fue respaldada por las democracias occidentales durante la Guerra Fría-. El desencanto y la apatía política, a pesar del destello del 15-M, han sido el alto precio a pagar, sin duda el acceso al gobierno tiene sus peajes.

Es imprescindible trascender la concepción convencional de la autonomía de lo político y no abstraerse del complejo juego de fuerzas que determinan el cambio, para ello es fundamental situar a los actores en la trama de relaciones económicas, sociales y culturales que condicionan sus respuestas, sólo de esta forma podrán extraerse de los aciertos y errores del pasado valiosos aprendizajes para luchas futuras

“¿Quiere esto decir que la Transición estuvo completamente determinada en sus resul-

tados, que no pudo conducir más que a esa “democracia incompleta” tal y como tantas veces se señala? Ciertamente no, fue una época repleta de posibilidades, alternativas, bifurcaciones [...] De hecho, es en ese terreno donde la política, a diferencia de lo político, se convierte en el espacio de apertura de lo posible, el lugar donde se forjan los héroes”

COPEL: Una historia de rebeldía y dignidad

En este interesante documental, un grupo de antiguos miembros de la COPEL narran su intervención en la Transición, su lucha era por la amnistía para los presos sociales. Todos ellos saben que los logros no fueron graciosamente concedidos desde arriba, sino arrancados al poder desde abajo.

La Transición fue violenta y numerosas las muertes causadas por las fuerzas del orden y los grupos fascistas que quedaron sin condena. Mientras las víctimas de atentados han gozado de protección y los autores han sido perseguidos, las luchadoras por la democracia han sido vejadas, ofendidas y difamadas al ser condecorados algunos de sus torturadores por el régimen del ‘78¹. Sólo de 1975 a 1981, siendo sucesivos responsables del Ministerio de Gobernación José García Hernández, Manuel Fraga Iribarne, Rodolfo Martín Villa y Juan José Rosón Pérez, el Grupo Libertario Pensamiento Crítico² documenta 172 bajas; en el mismo periodo las víctimas de ETA ascienden a 303, sin contar con los atentados del GRAPO y el FRAP, según artículo del periódico ABC³ actualizado el 4 de mayo de 2018.

1 <https://archivodelatransicion.es/muertos-en-la-transicion-espanola>

2 “La Transición española ha sido un ejemplo de cómo una dictadura puede perpetuarse en el tiempo, sin que los responsables de la misma, reciban castigo alguno. De cómo los verdugos, con la colaboración de la mayoría de los partidos de izquierda (PCE, PSUC y PSOE, entre otros) y los sindicatos CCOO y UGT, constituyeron las bases de una democracia secuestrada en la que sus privilegios se mantuvieron y las reglas del juego se acordaron para perpetuarse en el tiempo. Ahora hay una incorporación de caras nuevas a esa continuación de la Transición, en una operación –potenciada por los poderes fácticos– de lavado de imagen de la podrida mascarada que se inició en 1975” <https://grupopensamientocritico2014.blogspot.com/2018/01/los-muertos-de-la-transicion-espanola.html>

3 https://www.abc.es/espana/abci-todas-victimas-201610200207_noticia.html

La Coordinadora de Presos En Lucha, en consonancia con el espíritu de la época, surge en 1976 de la autogestión espontánea de los presos sociales que, organizados de modo asambleario y a pesar de las dificultades añadidas que la privación de libertad supone para ello, consiguen sacar a la luz las condiciones inhumanas en las que cumplían condena. Para aquellas que estén interesadas en el movimiento de presos sociales en la Transición es imprescindible la lectura de *Cárceles en llamas*⁴, de César Lorenzo Rubio, trabajo en el que se documenta con detalle la lucha del movimiento que clamó por una profunda reforma del sistema penal y penitenciario; mientras la injusticia social impida la desaparición de la cárcel como institución, sus reivindicaciones mantienen plena vigencia a pesar de los cambios acaecidos.

A la estrategia inicial de acciones pacíficas –escritos, plantes y huelgas– el sistema respondió con la violencia del aislamiento y el traslado a cárceles lejanas, forzando así la práctica de la autolesión colectiva, el sabotaje de juicios, los intentos de fuga y los motines que se extienden como una mancha de aceite. Estas formas de “acción directa” generaron conciencia, solidaridad y respeto en un colectivo muy fracturado; el sueño fue breve, para 1979 la heroína empezaba a inundar las prisiones y adormecía a aquellos que las poblaban.

La primera ley de la *Transacción*

Fue un breve lapso de tiempo, pero se consiguió que las prisiones pasasen a estar en el punto de mira de la opinión pública. Las protestas de la población reclusa, un verdadero quebradero de cabeza para las autoridades, son difundidas por la prensa de la época, que contribuye de esta forma a mostrar la cara oscura del desarrollismo franquista, legitimando así las reivindicaciones del colectivo.

En este escenario Jesús Miguel Haddad Blanco, capitán de infantería de marina y miembro del Partido Social Demócrata (PSD), fue nombrado Director General de Instituciones Penitenciarias el 9 de diciembre de 1977 y asesinado por

el Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO) el 22 de marzo de 1978, en respuesta a la muerte del anarquista catalán Agustín Rueda en la prisión de Carabanchel.

Su sucesor fue Carlos García Valdés, que por entonces presidía el grupo de trabajo que preparaba la futura Ley Orgánica General Penitenciaria; el 10 de abril de 1979 sale ileso de un atentado de los GRAPO, y en septiembre del mismo año se publica la Ley tras ser aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados y aclamada en el Senado. Cumplido con éxito su objetivo cesa en el cargo el 11 de octubre de 1979, sin perder nunca el vínculo con Instituciones Penitenciarias durante su vida profesional.

Insistimos en la idea que planteábamos al principio: el cambio político no se explica a partir de la acción de ilustres personajes, ni resulta de un amplio consenso, sino que este es consecuencia de la correlación de fuerzas existente. Desde esta perspectiva crítica, la modernización de las cárceles españolas en las postrimerías del siglo XX tuvo mucho más que ver con las victorias y fracasos de nuestro héroe colectivo que con los sucesivos directores generales, como plantea la versión oficialista de marcado carácter positivista. Sirva de ejemplo la inauguración de la cárcel de Herrera de la Mancha, una de las primeras prisiones de máxima seguridad que se construyeron en España, el 22 de junio de 1979: mientras García Valdés hablaba de potenciar al máximo el régimen abierto y dignificar el cuerpo de funcionarios, allí se produjeron los malos tratos que motivaron la primera acción popular ciudadana de denuncia colectiva por torturas sistemáticas.

En *El País semanal* número 75 (1978), en un artículo titulado “García Valdés: «Reprimir me revuelve las tripas»”, el entonces Director General de II.PP contesta a las preguntas del entrevistador diciendo

Pregunta. ¿Y si después [de promulgada la Ley Penitenciaria y el CP] se siguen quemando cárceles?

Respuesta. Ya lo he dicho, campos de concentración con alambradas. Claro, no queda más por hacer.

P. ¿Sería un fracaso para usted?

⁴ <https://viruseditorial.net/paginas/pdf.php?pdf=carceles-en-llamas.pdf>

R. Para mí no, para los presos. Yo dejaré una ley nueva y una buena reforma que ellos no han aceptado. Ellos fracasarán porque al día siguiente de irme vendrá aquí un militar, o un guardia civil, o un teniente coronel de la Policía Armada.

¡No ha hecho falta! El poder y su ejercicio disciplinario, cercenando y desvirtuando los aspectos más progresistas de la LOGP en una auténtica contrarreforma⁵, ha demostrado sobradamente su eficacia a la hora de ejercer el control sobre una población reclusa desunida y, en consecuencia, derrotada.

El vasto dispositivo carcelario: De las reivindicaciones a los supuestos beneficios

César Lorenzo Rubio resume con precisión lo que supusieron los '80 y los '90 en lo referente al ámbito penitenciario

“Como había sucedido durante la Transición, la conflictividad carcelaria no movió a la reflexión sobre sus causas, sino a la búsqueda de soluciones para acabar con los efectos. Éstas pasaban por construir más cárceles, más seguras, en las que fugas y motines no tuvieran la menor oportunidad de éxito [...] De esta manera se empezaron a edificar los conocidos oficialmente como «centros-tipo» —en vulgata, «macrocárceles»—, con diseño modular, equipados con toda clase de servicios y con capacidad para un millar o más de presos [...] Estos años, que coinciden con la fase final del *felipismo*, supusieron para el sistema penitenciario español el desarrollo de las medidas planteadas a principios de la década, las cuales ya anunciaban la adopción de planteamientos cada vez más securitarios y que se reforzarían, definitivamente, tras la aprobación del nuevo CP, en 1995, y el correspondiente RP, al año siguiente, así como diversas reformas y contrarreformas caracterizadas por el signo del «populismo punitivo».”

En 1999 Wacquant acuñó el término “bulimia carcelaria”. España fue un claro exponente con una población reclusa que no dejó de crecer desde los 80, a pesar de las bajas tasas de criminalidad. En *Trampas y tormentos*, Daniel Jiménez Franco demuestra que la propensión política al

encarcelamiento no parece tener más límite que la disponibilidad presupuestaria; prueba de ello es que las prisiones solo se han “vaciado” desde el 2010, a medida que avanzan las políticas de austeridad productoras de daño social, un auténtico crimen no tipificado como delito en nuestro Código Penal. El autor nos habla, por ello, de un Estado carcelario en el que la inseguridad producida por los mercados se gestiona penalmente, es esta una característica fundamental del Leviatán neoliberal, aunque con particularidades en el caso español, que no ha conocido un sólido Estado del bienestar.

“A todo eso contribuye también el hecho de que la relación española entre asistencia social y sistema penal no se construya en la misma clave de sustituibilidad que neoliberalizó los antiguos Estados de bienestar. Insisto: ambos sectores crecen a la vez porque son parte de un mismo proyecto que debe interpretarse en clave económica [...] El trabajo social y la educación social, las disciplinas psico, la mediación intercultural, los recursos e instituciones de ese tercer sector de lo social que nace de la mano de las nuevas formas de gestión mercantilizada... todos ellos operan a menudo como vasos comunicantes y dispositivos complementarios a la evolución del aparato penal. Su desarrollo es el de un nuevo mercado que repara ciertos efectos de la inseguridad social sin siquiera rozar sus causas estructurales”.

VV.AA. (2003) “Dossier sobre la contrarreforma penal” en *Panóptico* núm. 6, VIRUS editorial

En la actualidad podemos seguir hablando de políticas penales bulímicas que gozan de un gran predicamento social y económico pues, además de generar consenso y puestos de trabajo, hacen del sistema penal-penitenciario un nicho más de la burbuja inmobiliaria- financiera-especulativa, baste de ejemplo el SIEPSE (Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios y de la Seguridad del Estado, S.M.E., S.A), organismo encargado de la construcción de centros penitenciarios y CIE’s.

Resulta evidente que en el siglo XXI el dispositivo carcelario trasciende definitivamente los muros de la prisión. Tomo el término dispositivo en el sentido que le da Agamben, a saber, una red de elementos, situada en la intersección del poder y

el conocimiento, que tiene la función estratégica de conformar la subjetividad de una época, son dispositivos el sacrificio ceremonial y el teléfono móvil, la policía y la prisión.

Si en el Antiguo Régimen, época clásica para Foucault, infracción, pecado y mala conducta dependían de instancias distintas, el tribunal, la penitencia y el encierro respectivamente, el encarcelamiento borra estas fronteras e introduce una continuidad entre lo punitivo y lo anormal. En su imponente *Vigilar y castigar*, realiza un interesante recorrido histórico que le permite analizar el proceso de *progresiva patologización* por el que la sanción se atenúa: la prisión sustituye al patíbulo y la disciplina al suplicio corporal. La Modernidad, economizando excesos, logra legitimar el poder de castigar, disminuyendo así el riesgo de rebelión. El encierro correccional no es heredero de las mazmorras de la Edad Media, sino una nueva tecnología que se ha gestado del s. XVI al s. XIX. La formación del sistema carcelario culmina, según este autor, con la apertura oficial de la colonia infantil de Mettray el 22 de enero de 1840, el hecho de que allí convivan menores condenados y absueltos da cuenta de cómo se extiende la técnica penitenciaria a la totalidad del cuerpo social, que se convierte en un “archipiélago carcelario”, sin un único centro de poder, en el que se concentran, presididas por la observación permanente de la mirada panóptica, todas las tecnologías coercitivas del comportamiento -familia, ejército, taller, colegio y tribunal- al servicio de la producción de individuos sumisos que, expropiados de su saber, quedan reducidos a objetos de estudio, he aquí el surgimiento de las ciencias humanas.

El dispositivo carcelario no tiene exterior, no rechaza lo inasimilable, no expulsa, el dispositivo carcelario engulle. El poder de castigar no es esencialmente diferente del poder de educar, reeducar o curar; asistimos a tiempos en los que se borran las fronteras entre *veredictos terapéuticos* y *encarcelamientos readaptadores*, tiempos paradójicos en los que jueces, educadores, trabajadores sociales, médicos y maestros ejercen un poder normalizador. Atrás queda la justicia *inquisitoria*, se abre camino la justicia *examinatoria* que imbrica poder y saber. En esta *historia de la medicalización*, el saber/poder médico traza la línea divisoria entre lo normal y lo anormal,

entre lo sano y lo patológico, frontera que será sancionada legalmente. Iñaki Rivera Beiras señala con acierto que la conjunción más lograda de medicina y derecho ha venido de la mano de sus “hijas disciplinares”, la psiquiatría y la criminología. Desde este punto de vista, la salud es una cuestión de orden público y las tecnocracias sanitario-policiales controlan y protocolizan la vida. Foucault lo expresa en pocas palabras:

“A medida que la medicina, la psicología, la educación, la asistencia, el “trabajo social” se van quedando con una parte mayor de los poderes de control y de sanción, el aparato penal, en compensación, podrá medicalizarse, psicologizarse, pedagogizarse; y con ello se hace menos útil el eje que constituía la prisión”.

¿Qué esconde la apuesta por el Medio Abierto?

Ya hemos dicho que la población reclusa empieza a descender cuando se dejan sentir los efectos de la crisis económica del 2008; es caro encarcelar en tiempos de austeridad, otro factor que contribuye a disminuir el recurso al “eje que constituía la prisión”. Las cárceles españolas cerraron el 2020 con el menor número de personas presas desde el 2001 a pesar de que la población española ha crecido en 6,3 millones de personas desde entonces; en la última década la población de los centros penitenciarios, exceptuando Cataluña que tiene transferidas las competencias desde 1984, ha descendido en un 35%. Según fuentes de Instituciones Penitenciarias, a 18 de diciembre, la población reclusa era de 47.696 personas, muy por debajo de los 76.079 que se alcanzaron en el 2009⁵.

Según el Director General de Ejecución Penal y Reinserción Social, Miguel Ángel Vicente⁶, son dos los hechos que explican este descenso paulatino. De un lado las reformas del Código Penal, que rebajan sustancialmente las penas de los delitos contra la salud pública, de otro el aumen-

5 <https://www.elindependiente.com/espana/2020/12/24/las-carceles-espanolas-cierran-el-ano-con-el-menor-numero-de-presos-desde-2002/>

6 <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-Penas-y-Medidas-Alternativas-a-la-Prision/>

to de las penas alternativas a la prisión (Trabajos en Beneficio de la Comunidad, Suspensiones de Condena y Sustituciones de Condena). Según datos del Ministerio de Interior, el número de mandamientos recibidos por los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (SGPMA) ascendió el año 2019 a 80.935⁷. Aunque disminuya la población reclusa, podemos seguir hablando de políticas penales bulímicas dado que sigue aumentando el número de personas bajo control del sistema penal y penitenciario, sin duda el dispositivo carcelario extiende sus tentáculos. Esta situación obliga a revisar los Planes de Amortización y Creación de Centro Penitenciarios (PACEP), pero no compromete el negocio del ladrillo, nos quedan los CIE's.

Esta especie de *externalización* también se produce en sentido inverso. Cada vez son más los servicios prestados por empresas del tercer sector en el interior de las prisiones, con profesionales disciplinados por salarios precarios que, sin embargo, llevan a cabo la intervención tratamental que no realizan los miembros de los Equipos Técnicos, empleados públicos mejor pagados y volcados de lleno en las tareas de clasificación. Mención especial merece el voluntariado, que dota de contenido al tiempo de privación de libertad mediante la organización de actividades, incluso realizando programas. Aunque no siempre se facilita su labor, aunque en más ocasiones de las deseables se pretende convertir al colectivo en dócil apéndice institucional, su presencia abre la cárcel a la sociedad civil y resulta, por ello, imprescindible.

La apuesta por el Medio Abierto no va acompañada, lamentablemente, de una perspectiva comunitaria, es esta la asignatura pendiente de una institución orientada a la reinserción social y que, de forma paradójica, se mantiene férreamente psicologizada, empeñada en la difícil modificación de variables de personalidad, pero despreocupada de la elaboración de itinerarios de inserción. Aunque parezca increíble, la Administración Penitenciaria no cuenta con educadores sociales, prueba irrefutable de una concepción desvirtuada, contaminada y atrofiada que reduce la acción educati-

va, bien a una mera función de ayuda informal, no especializada; o bien a una práctica correccional y de control, de corte terapéutico, centrada en las carencias personales.

Si bien en 1979, año de aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria, no existía una formación oficialmente reconocida para el desempeño de las tareas que deberían realizar los “educadores” penitenciarios y que, en la actualidad, llevan a cabo los titulados medios de actividades específicas encargados de las actividades ocupacionales, la situación cambia con la aprobación del *Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto*, por el que se establece el título universitario oficial de Educación Social. En ausencia de estos profesionales, después de veinte años, se mantienen serias carencias en el cumplimiento del mandato constitucional que obliga a la institución a preparar para la vida en libertad, nada contribuye a remover los obstáculos que impiden el acceso a permisos penitenciarios, tercer grado y libertad condicional y, lo que es peor, sólo preocupan los factores de riesgo sin tener en cuenta las potencialidades de las personas.

La Ley 39/1970 sobre reestructuración de los cuerpos penitenciarios es el marco normativo vigente a día de hoy. Administración y sindicatos elaboran una norma reformada para elevar al Parlamento, extraemos el primer párrafo del documento informativo que lanzan los sindicatos CSIF, CIG y ACAIP-UGT sobre la reunión del 11 de diciembre de 2020:

“En primer lugar, os adjuntamos el texto definitivo de las Disposiciones Generales en el que, como principal novedad, destaca la consideración de autoridad cuando el delito de atentado se produzca con armas o elementos peligrosos que puedan poner en peligro la vida o integridad física del trabajador penitenciario. De esta forma se incrementa de forma importante la pena a imponer por estos hechos frente a la mera consideración de agente de autoridad”

Segunda actividad, jubilación anticipada y aspectos retributivos completan la nota. Se mantiene la separación entre A1 (Cuerpo Superior Técnico de II.PP. para Juristas y Psicólogos) y A2 (Cuerpo de Gestión de II.PP. para Trabajadores Sociales y Criminólogos en el área de Tratamiento) a pesar de que desde el Plan Bolonia sólo hay

⁷ <https://www.elindependiente.com/espana/2020/12/24/las-carceles-espanolas-cierran-el-ano-con-el-menor-numero-de-presos-desde-2002/>

Grados; la Educación Social ni está ni se la espera, otra oportunidad perdida en la modernización de la institución penitenciaria. Si ni siquiera esto se consigue, difícilmente podrá afrontarse la necesaria modificación de la LOGP para adaptarla a la realidad europea y a un Estado de las autonomías consolidado, en el que no sólo Educación, sino Sanidad, Servicios Sociales y Trabajo han sido áreas transferidas a las CC.AA., y que en prisiones no deberían depender del Ministerio de Interior si realmente se apuesta por la inserción social.

El necropoder, o el tránsito de lo disciplinario a lo securitario

Etimológicamente, policía y política son términos que provienen de la palabra griega *politeia*, que concierne al Estado, pero remiten también al verbo latino *polire*, que indica la acción de pulir, allanar, igualar y que quedará asociado a la educación, a la obediencia y a la disciplina.

Si el soberano del Antiguo Régimen puede matar a sus súbditos, en la Modernidad se trata del arte de gobernar, se impone la lógica preventiva del biopoder, una lógica paranoica preocupada por la higiene, la salud, el bienestar social y el orden público, en definitiva, una lógica que tiende al racismo y la discriminación. La moderna policía de los siglos XVII y XVIII, además de las funciones de control propias del poder sancionador, mantiene el orden mercantil burgués protegiendo la propiedad privada, preservando la circulación de las mercancías y la vida de las personas, la vida económicamente explotable. La policía no cuida la vida en su fragilidad, sino que trata de asegurarla, de protegerla de sí misma; a la policía la mueve el propósito de no permitir que ocurra nada que lleve a situaciones amenazantes, inquietantes o peligrosas.

El biopoder disciplinario: vigilar y corregir las desviaciones

En la cárcel, el biopoder disciplinario encuentra su máxima expresión en la UTE (Villabona) y en el MdR (León), reproduzco con su autorización las palabras cargadas de saber de un preso:

“Me di cuenta de que no funcionaba eso, fíjate lo que me pasó, me enamoré de una chavala

que la echaron al módulo normal y la escribí una carta de amor y de tontería, pero claro, eso no estaba permitido, eso era romper las reglas... bueno, pues yo le escribí la carta a la chavala y durante dos días me sentí mal conmigo mismo porque estaba traicionando al módulo (risas) entonces me di cuenta, pero tú estás flipando, que sólo estás escribiendo una carta a una chavala... y me fui, me fui, me fui a los meses porque me tenían el coco como un bombo. He visto a hombres allí que eran maravillosos y acabar completamente agilipollados, buscándose la libertad a costa de los demás, pero es lo que dan este tipo de entornos, es muy difícil no dejarse llevar por el entorno, pero Villabona es muchísimo más psicológico porque es más emocional, porque es más visceral, entonces es mucho más peligroso. Por eso primará el de León, porque el de León lo que hace es extender el infantilismo, la delación, el ataque y el ocultamiento a plena luz del día. Por lo tanto, siendo más peligroso el de Villabona, triunfará con su belleza la miseria del del León. Y triunfará el tipo y el modelo de León porque es más fácil, es mucho más fácil, da mucho menos trabajo y extiende sus tentáculos exactamente con la finalidad que el pulpo quiere, que es que nos destrocemos los unos a los otros mientras ellos quedan de puta madre porque nos están dando una oportunidad en la vida”

Darío Malventi Rossi, en su Tesis Doctoral titulada *Curar y Reinsertar. Líneas de fuga de la máquina penal penitenciaria*⁸ plantea que la verdadera novedad de las UTE es antigua, consiste en sustituir la exclusión por la expulsión. La cárcel, que es máquina de reclusión, laboratorio de inclusión y dispositivo de producción de exclusión, con la UTE encadena el incluir-sobrevivir- dejar vivir de la prisión terapéutica al expulsar-resistir-hacer morir del castigo tradicional.

Dejar morir en la era farmacopornográfica

Así denomina Paul B. Preciado al nuevo tipo de capitalismo en el que se entrelazan sus dos industrias fundamentales, la farmacéutica y la pornográfica, según este autor Foucault soslaya un conjunto de transformaciones que se suceden a

⁸ <https://boletintokata.files.wordpress.com/2011/08/curaryreinsertar.pdf>

partir de la Segunda Guerra Mundial y habla de la necesidad de una tercera episteme, ni soberana ni disciplinaria, ni premoderna ni moderna, que tenga en cuenta el impacto de las nuevas tecnologías del cuerpo.

La gobernanza neoliberal, tiempo de *coaching* y *startup*, al abandonar las conquistas de la Modernidad cuestiona radicalmente el proyecto heredado de la Ilustración, gestiona la inseguridad social a través de políticas que precarizan la vida y produce a gran escala una población superflua a la que ya no tiene necesidad de explotar. En la posmodernidad el capitalismo resetea y actualiza las políticas coloniales exponiendo a las personas a la muerte administrativa, social y física. El filósofo camerunés Achille Mbembe habla de necroeconomía para referirse a estas formas de violencia del capitalismo contemporáneo: proliferación de fronteras, leyes de extranjería, apartheid, estado de excepción normalizado, medicalización de la existencia, en definitiva, avanza implacablemente el proceso de mercantilización que rentabiliza también la muerte.

En la actualidad, el hacer morir del castigo tradicional muta en el dejar morir por sobredosis, no es descabellado pensar que, en muchos de los fallecimientos que se producen en prisión por esta causa, los fármacos, aunque no suficiente, son condición necesaria. Los *expulsados/ excluidos* de la UTE y los MdR, en un elevado porcentaje, son devorados por la sobremedicación: ¿Unidades caninas? ¿Control de la oferta? ¿Campañas de sensibilización?

¿Programas de reducción de daño? ¿Educación para la salud?... ¿Con qué autoridad se pueden sancionar los consumos de cannabis, heroína y cocaína mientras se reparte “alegremente” metadona, rivotril, lyrica, gabapentina... favoreciendo así el tráfico de estupefacientes en un entorno asolado por la precariedad? Es cierto que muchas personas presas lo demandan, pero también demandan muchas otras cosas que no les son concedidas. Es evidente que este manejo de la medicación constituye una eficaz contención química que contribuye a reducir la conflictividad, pero la escucha, la palabra y el buen trato podrían ser alternativas más baratas y con menos efectos secundarios.

Respecto a la población general, la población penitenciaria presenta unas características específicas, que son el mayor porcentaje de consumidores de drogas ilegales y la mayor presencia de enfermedades infecciosas y trastornos mentales, pero hay tendencias que se mantienen: según la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP, 2016⁹) las sustancias psicoactivas más consumidas en prisión son el tabaco, seguido del cannabis y de los tranquilizantes sin receta. La misma fuente confirma que casi una de cada tres personas presas está en tratamiento con medicación psiquiátrica.

Mientras en torno a un 2% reconocen haberse iniciado en prisión en el consumo de cannabis, heroína y cocaína, este porcentaje asciende al 10,7% en el caso de los tranquilizantes sin receta, siendo estos últimos las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis no mortales en prisión¹⁰.

A este respecto, conviene reflexionar sobre el uso de analíticas previas y posteriores al disfrute de los permisos penitenciarios. En el ámbito penitenciario es una práctica que ha ido vaciándose de su carácter de herramienta terapéutica para convertirse en un instrumento de control policial. El Código Penal no considera delito el consumo de drogas ilegales, pero no nos interesa ahora la penalización del mismo en las personas privadas de libertad, aunque suponga más problemas de los que resuelve, vamos a ocuparnos de los efectos indeseados de esta práctica: además de conseguir dinero vendiendo la medicación, hay otras causas que pueden llevar a las personas presas a solicitar tratamiento psicofarmacológico más allá de paliar el sufrimiento psíquico, y una de ellas es sortear las consecuencias regimentales asociadas a la adicción, estas no se producen si el resultado de las analíticas realizadas es “compatible con tratamiento”. Baste como ejemplo de lo fácil que resulta alejarse de los objetivos formalmente declarados si no sometemos las prácticas a una permanente revisión crítica; las consecuencias para poblaciones especialmente

9 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA 2017-2024).

10 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESDIP.htm

vulnerables pueden ser dramáticas, dándose la paradoja de que cuanto más se desarrollan los planes de acción sobre adicciones más se invalida a los sujetos sobre los que se interviene, que quedan reducidos de esta forma a objetos de desecho que circulan por dispositivos burocratizados.

Según Preciado existe una distancia abismal entre las técnicas de normalización que imperaban en el régimen disciplinario y las de hoy en día. En el régimen disciplinario decimonónico, las técnicas de control eran inmensas, rígidas y externas a la subjetividad; el modelo paradigmático de dispositivo disciplinario era la arquitectura de la prisión, estructura a la que el cuerpo debía adaptarse ortopédicamente. Por el contrario, las técnicas normalizadoras de la actualidad son pequeñas, flexibles y blandas; son asimiladas por los cuerpos, se infiltran en la estructura misma del ser vivo. Creyendo robar días al juez, el panóptico se vuelve comestible¹¹. Tomando las palabras de Preciado se trata de “modificar sus cuerpos en tanto que plataforma viva de órganos, flujos, neurotransmisores y posibilidades de conexión y agenciamiento, haciendo de estos al mismo tiempo el instrumento, el soporte y el efecto de un programa político. Certo, estamos ante una forma de control social, pero de “control pop”, por oposición al control frío y disciplinario que Foucault había caracterizado con el modelo de la prisión de Jeremy Samuel Bentham, el panóptico”

El castigo del Régimen Cerrado, un vestigio del pasado

Quedan excluidos en la muestra de ESDIP los terceros grados, las medidas de seguridad y los primeros grados, sometidos a un régimen cerrado en el que las medidas de control y seguridad son más restrictivas; esto podrá reducir el acceso a sustancias ilegales, pero favorece y potencia el recurso a la medicación psiquiátrica que, en más ocasiones de las deseables, se convierte en fuente de graves conflictos. Asistimos en es-

tos casos a un círculo vicioso del que la persona es incapaz de salir, el progresivo deterioro que causó su regresión de grado se agrava en estas condiciones de vida.

Si bien es cierto que el porcentaje de población reclusa en situación de primer grado es muy reducido, se trata de un colectivo especialmente frágil y, en consecuencia, con un riesgo muy elevado de quedar cronificado en ese régimen de vida, lo que demuestra que el castigo no siempre resulta disuasorio y que la farmacología no resuelve todos las dificultades del ser hablante; los traslados permanentes favorecen su desarraigo e impiden al sujeto la construcción de un punto de anclaje que posibilite una verdadera contención. Como acertadamente señala Rachele Stroppa¹², la particularidad española respecto del aislamiento penitenciario es que se configura como sanción disciplinaria, como medio coercitivo y como una modalidad de tratamiento!

Aunque nada le impida al loco conocer el sentido de la pena (art. 60¹³ del C.P.), la prisión no es el entorno adecuado para alojar la locura, y mucho menos el aislamiento. A pesar de ello no es excepcional encontrar en primer grado casos de psicosis, estos casi nunca accederán al Programa PAIEM y mucho menos a medidas de seguridad¹⁴, que ya cuesta operativizar para el resto de la población, lo que conlleva su cumplimiento íntegro sin acceso a beneficios penitenciarios. El tiempo de privación de libertad no se aprovecha

11 Alexis Emanuel Gros (2016) “Judith Butler y Beatriz Preciado: una comparación de dos modelos teóricos de la construcción de la identidad de género en la teoría *queer*”, en *Civilizar* núm. 16 <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v16n30/v16n30a18.pdf>

12 Stroppa, R. (2020) “El aislamiento (penitenciario): entre actualidad y memoria”, en *Revista Crítica Penal y Poder*, nº 20. Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos Universidad de Barcelona. <https://revistes.ub.edu/index.php/CriticaPenalPoder/article/download/31887/31688>

13 La Instrucción 2-2020 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias desarrolla el procedimiento de actuación para posibilitar la aplicación del art. 60 del C.P. que permite, si el penado sufre trastorno mental grave “que le impida conocer el sentido de la pena” suspender la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que se estimen necesarias, incluyendo las no privativas de libertad; la citada Instrucción extiende esta posibilidad a supuestos de discapacidad intelectual y a situaciones de prisión preventiva, en estas últimas se procederá a informar a la autoridad judicial de la que dependa la persona interesada.

14 Según el art. 96 del C.P. pueden ser privativas (centro psiquiátrico, de deshabitación y educativo especial) y no privativas (inhabilitación profesional, expulsión de extranjeros sin permiso de residencia, libertad vigilada, custodia familiar, privación del derecho a conducir y privación del permiso de armas).

lo suficiente para vincular a las personas con los recursos públicos, la ausencia de perspectiva comunitaria en el tratamiento penitenciario, demasiado centrado en las carencias individuales, agrava las consecuencias de la falta de implicación de las CC.AA. en la atención a la salud mental de la población reclusa.

No escuchar sale muy caro

Paul B. Preciado habla de cuatro vías de lucha frente a las instituciones violentas. Hasta que consigamos, mediante un cambio radical del sistema de interpretación y producción de la realidad, destruir el dispositivo carcelario, y mientras colectivos comprometidos con los derechos humanos proponen la modificación de sus estatutos legales, son imprescindibles los usos disidentes, que no tienen nada que ver ni con contratos terapéuticos ni con fariseas fantasías humanistas de inclusión, sino que tratan de desmedicalizar, desjerarquizar, desnormalizar, despatologizar, desinstitucionalizar y descriminalizar, no olvidando nunca que nos enfrentamos a procesos sociales y políticos de exclusión y segregación.

“Y la cuarta, la fuga que, como insistían Deleuze y Guattari, no es huida, sino creación de una exterioridad crítica: línea de fuga a través de la que la subjetividad y el deseo pueden volver a fluir”¹⁵.

Y para introducir la heterogeneidad y la creatividad que conllevaría esta fuga es preciso hacer valer la singularidad en clave política. En una entrevista realizada por *Freudiana*¹⁶, el lingüista y filósofo Jean-Claude Milner afirma que el punto de partida de la política es la multiplicidad de los seres hablantes, que esta multiplicidad se sostiene en los cuerpos y, lo más importante, que los seres hablantes corren siempre el riesgo de dejar de serlo cuando hay varios, en definitiva, pueden convertirse fácilmente en rebaño. Es preocupante la separación entre palabra y cuerpo que todas las formas de poder político favorecen, al fin y al cabo, el poder consiste en

imponer el silencio reduciendo los cuerpos a materia inerte.

Frente al poder político, el psicoanálisis se ocupa de los cuerpos... hablantes: no se desentiende de lo social, pero, al tener en cuenta la dimensión de la responsabilidad subjetiva, favorece que el sujeto pueda hacerse cargo de su acto y le ofrece una ocasión para otra inserción posible de su palabra en lo comunitario. Psicoanálisis y derecho se entrecruzan sin confundirse. El psicoanálisis nos recomienda la prudencia frente al *furor sanandi*, nos enseña que es imprescindible rescatar la escucha clínica para situar la función de los síntomas, esos mecanismos defensivos, esos intentos de reparación de los que solo es posible desprenderse después de un cierto trabajo subjetivo, trabajo de un valor incalculable en tanto restaña el lazo social por encima del interés individual, trabajo que va a la contra de cualquier tipo de impunidad para alojar la vida en su fragilidad. En esto consistiría una justicia restaurativa que merezca ese nombre.

15 Preciado, P.B. (2019) *Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce*. Anagrama.

16 Milner, JC (2020) “El siglo XXI no hace más que acentuar el dominio del nosotros”, en *Freudiana* núm. 89/90.

El juego en la psico(pato)logía de la vida cotidiana. Consideraciones previas y delimitación del marco conceptual.

The play in the psicho(patho)logy of daily life. Preliminary considerations and delimitation of the conceptual framework.

Javier Lacruz Navas. Psiquiatra. Consulta privada (Zaragoza).

Cristina Equiza López. Psicóloga clínica. Consulta privada (Zaragoza).

Lara Lacruz Bellido. Psicóloga. Consulta privada (Zaragoza).

Resumen: El juego, el jugar, es uno de los fenómenos fundamentales de la existencia humana. La idea de juego es atendida por autores como Schiller, Nietzsche, Freud, Huizinga, Fink, Winnicott, Caillois y Blanchot, entre otros. Nietzsche destaca la importancia de la seriedad, del rigor en el juego. Freud equipara el jugar a la poesía como proceso creativo. Las monografías de Johan Huizinga, *Homo ludens* (1938) y de Donald Winnicott, *Playing and Reality* (1971), son centrales en el estudio del juego. Winnicott formula una nueva tónica, el *espacio transicional*, una realidad que no es ni externa ni interna, en la que participan ambas; una zona intermedia no disputada sino compartida, que otorga *riqueza psíquica* al individuo; un espacio potencial que permite el desarrollo del proceso creativo, tanto en la vida como en el arte. Jugar es lo más natural del ser humano. La capacidad de jugar la vida permite desplegar la identidad de la forma más espontánea posible. Dejar de jugar supone la muerte en vida. En cambio, jugar habilita lo que Winnicott denomina el *gesto espontáneo*.

Palabras clave: Creatividad, vida, identidad, juego, psicoanálisis, psico(pato)logía, psicoterapia, subjetividad.

Abstract: The play, the playing, is one the fundamental phenomena of human existence. The idea of play as attended by authors such as Schiller, Nietzsche, Freud, Huizinga, Fink, Winnicott, Caillois y Blanchot, among others. Nietzsche emphasizes the importance of seriousness, of rigor in the play. Freud equates playing to poetry as a creative process. The monographs of Johan Huizinga, *Homo ludens* (1938) and Donald Winnicott, *Playing and Reality* (1971), are central to the study of the play. Winnicott formulates a new topic, the *transitional space*, a reality that is neither external nor internal, in which both participate; an intermediate zone that is not disputed but shared, wich grants *psychic wealth* to the individual; a potential space that allows the development of the creative processs, both in life and in art. Playing is the most natural thing of the human being. The ability to play life allows you to unfold your identity in the most spontaneous way possible. Stop playing means death in life. Instead, playing enables what Winnicott calls the *spontaneous gesture*.

Key words: Creativity, life, self, play, psychoanalysis, psycho(patho)logy, psychoterapy, subjectivity.

El hombre solo juega cuando es humano en la acepción plena del término y solo es plenamente humano cuando juega.

Friedrich Schiller.

La madurez del hombre es haber vuelto a encontrar la seriedad con que jugaba cuando era niño.

Friedrich Nietzsche.

Juego: mediante esta palabra se designa lo único serio que merece la pena referirse.

Maurice Blanchot.

I

En la época de la corrección política en el lenguaje, de la proliferación de las *fake news* y de la virulencia de los artefactos conspiranoicos en la vida cotidiana; del frentismo ideológico y, por ende, del odio en mano como escarpelo quirúrgico entre humanos en la vida política; de la banalidad de los eslóganes de *autoayuda* en las estrategias terapéuticas espirituales y sus almiradas versiones de positivismo huero, de gimnasia mental pasiva y de eslóganes estériles emitidos por intrusos de feria y *coaches* de la felicidad en la vida psicológica; en la época de la pandemia vírica y de otros contaminantes como el cientificismo imperante, el dogmatismo académico y la servidumbre a la industria química de los prosélitos del modelo *biomédico*; en suma, en un mundo adobado de tópicos enquistados, falsos avances y jergas altisonantes, la sociedad –el colectivo humano– se ha olvidado de jugar.

Friedrich Nietzsche, en *Ecce homo* (1888) –su último libro, escrito a los cuarenta y cuatro años–, ofrece la pócima salvífica que nadie ha querido tomar. Ni en el siglo XX ni en el siguiente. En la ciudad de Turín, eufórico y ensimismado, antes de enloquecer y de ser ingresado en un manicomio en Jena, escribe una suerte de autobiografía en la que, además, repasa su pensamiento en un recuento de toda su obra anterior. Así lo certifican las palabras dirigidas a su incondicional amigo y amanuense Peter Gast: «El día de mi cumpleaños he comenzado otra cosa que parece lograrse y que se halla ya bastante avanzada. Se titula *Ecce homo* o *Cómo llegar a ser lo que se es*. Se trata, con gran audacia, de mí y de mis li-

bros». Nietzsche –o cualquiera de sus *alter ego*: Dioniso, Anticristo, Zaratustra, *Ecce homo* («Aquí tenéis al hombre»)–, anota: «No conozco ningún otro modo de tratar con grandes tareas que el *juego*: constituye, como indicio de la grandeza, un presupuesto esencial».

Aunque parece indiscutible la idea de que el *juego* –en tanto que acción: el *jugar*– es un fenómeno universal de la vida, tanto animal como humana, muy pocos son los pensadores y escritores que han abordado con rigor y penetración este asunto, cuando se trata de un componente esencial de la existencia humana que interviene en la construcción de la identidad, en el proceso creativo, en la comunicación social y en la cultura. Entre los más destacados figuran Schiller, Nietzsche, Freud, Huizinga, Fink, Winnicott, Caillois, Blanchot y algún otro. Lo común de todos ellos es que coinciden con la idea nietzscheana de la *esencialidad* del juego. Sin voluntad de prevalencia o de recuento exhaustivo cabe aludir, entre los más cercanos en el tiempo, al escritor y sociólogo Roger Caillois, quien, en su libro *Los juegos y los hombres* (1958), establece una clasificación y descripción concreta de los juegos en cuatro grandes áreas: *agon* (competencia), *alea* (suerte), *mimicry* (simulacro), *ilnx* (vértigo). Al juego lo considera una actividad libre, separada de la realidad, incierta, improductiva, reglamentada y ficticia. Otro es el pensador y escritor Maurice Blanchot, autor volcado al «insensato juego de escribir», que traza un elogio a la espontaneidad aunando tres palabras claves: *juego*, *azar*, *encuentro*. De la primera dice: «*Juego*: mediante esta palabra se designa lo único serio a lo que merece la pena referirse». Blanchot, a la estela de Nietzsche, destaca la propiedad inherente de la actividad lúdica: la seriedad del juego.

Sin solución de continuidad con los anteriores está la aportación de Eugen Fink, el filósofo asistente de Husserl. En su conocido *Spiel als Weltsymbol* (1960) aborda el simbolismo del juego y desarrolla una «ontología del juego», donde destaca el despliegue de la fantasía –de lo ficcional– en el juego, que configura la estructura lúdica del *como-sí* de la persona. Verbigracia, el niño juega *como-sí* fuera un policía o un ladrón, un soldado, un padre, etc. Fink plantea que somos «testigos (*zeugen*) del ser», que damos testimonio de nuestra presencia en el mundo a

través de nuestras acciones vitales y creativas. Nuestra *huella* son las obras artísticas, científicas, filosóficas, religiosas o políticas que hacemos y legamos a las siguientes generaciones. Como fenomenólogo, concibe el juego como uno de los *fenómenos fundamentales de la existencia humana*. Lo destaca junto al amor, la lucha, el trabajo y la muerte. Escribe: «Jugar es un hacer impulsivo, espontáneo-fluyente, acción animada. Es, en cierto modo, en sí misma existencia móvil. Pero la movilidad lúdica no coincide con las otras formas de movimiento de la vida humana». Añade que el juego «*imperea y gobierna de punta a cabo la entera existencia humana, y determina esencialmente su modo de ser—y también el modo del comprender humano del ser—*. Atraviesa los otros fenómenos fundamentales de la existencia humana y está con ellos indisolublemente trabado y entrelazado» (el subrayado es nuestro). Con estas palabras Fink se ubica entre los precursores que destacan la importancia del juego para la existencia humana.

II

Los cuatro autores más determinantes de la idea de juego son Nietzsche y Freud, Winnicott y Huizinga. Los dos primeros de una forma más fragmentaria: en Nietzsche, con intención más inacabada, más ligada a la movilidad y al pensamiento viajero, expresada con eficacia, rigor y contundencia por vía aforística. En sus propias palabras: «El aforismo, donde soy el primero de los maestros alemanes, es una forma de eternidad; mi ambición es decir en diez frases lo que otro dice—y no dice—en un libro». Y por si quedaran dudas: «No estoy lo suficientemente acotado como para un sistema—ni siquiera para mi sistema». Freud es un investigador y teórico, siempre con voluntad de articular las ideas recibidas y de generar nuevos conceptos dentro de su pensamiento psicoanalítico. En su ideario ofrece una nueva perspectiva a la psicología: introduce el *sujeto del inconsciente*. Freud plantea que cada uno es un ser extraño a sí mismo; que uno, realmente, no se conoce a sí mismo. Lo dice así: «El yo no es el amo de su propia casa». Los dos siguientes autores hablan del juego de forma más estructurada en sendos trabajos monográficos: el filósofo e historiador Johan Huizinga, en su libro *Homo ludens* (1938)—un «egregio libro»,

según Ortega y Gasset—, aborda el estudio del juego como fenómeno cultural, desprendido de su función biológica. Huizinga considera que «la cultura brota del juego». Y sentencia: «Todo el hacer del hombre no es más que un jugar».

Por su parte, el pediatra y psicoanalista Donald Winnicott estudia el juego a lo largo de toda su obra, tarea que culmina en su libro capital, *Realidad y juego* (1971), un texto que ve la luz una semana después de su muerte. Del título original, *Playing and Reality*, se desprende que, en puridad, el autor habla de *playing* (jugando), es decir, que no atiende tanto el juego (como algo estático) o los juegos en sí (los deportes, las apuestas) o los juguetes (como instrumento terapéutico según la *técnica del juego* de Melanie Klein), sino que se interesa por la acción, por la forma de *jugar* tanto el niño como el adulto. Su divisa es: «Jugar es hacer». Dentro de la idea de *juego espontáneo* su modelo más logrado es el juego del garabato (*squiggle game*), donde ambos integrantes dibujan e intervienen en el del otro, creando un espacio común de juego compartido que denomina el *espacio transicional*. En síntesis, a Winnicott le interesa especialmente cómo el humano despliega su capacidad de jugar la vida. Su *gesto espontáneo*.

La aportación de los dos pensadores psicoanalíticos citados, Sigmund Freud y Donald Winnicott, es determinante. Freud, en el texto «El creador literario y el fantaseo» (1908)—en origen una conferencia dictada el 6 de diciembre de 1907—, traza una equivalencia entre el juego infantil y la creación poética destacando la oposición entre juego y realidad. Tras señalar que «la ocupación preferida y más intensa del niño es el juego», apunta que «*todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio, o mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada*». Y sigue: «Además, sería injusto suponer que no toma en serio ese mundo; al contrario, toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto. *Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino... la realidad efectiva*». Para el psicoanalista vienés, «*el niño diferencia muy bien de la realidad su mundo del juego, a pesar de toda su investidura afectiva; y tiende a apuntalar sus objetos y situaciones imaginados en cosas palpables y visibles del mundo real. Solo ese apuntalamiento es el*

que *diferencia aún su jugar del fantasear*» (los subrayados son nuestros). La base de la creación poética o literaria (y, por extensión, de toda creatividad artística) es un jugar.

Cuando Freud dice que el niño que juega se conduce como un poeta habla de un sujeto creador, del constructor de un nuevo mundo: de su propio mundo. Habla del mundo interno, de la fantasía; habla del *juego creativo* como fundamento de la imaginación, si bien no se adentra en el estudio de la creatividad humana. Y para que surja y se despliegue el proceso creativo, subraya –en consonancia con Nietzsche–, la necesidad de jugar en serio. La *seriedad* es determinante para el desarrollo efectivo del juego. La seriedad es la condición de necesidad del jugar. Pero lo que le interesa a Freud en ese momento de desarrollo de la teoría psicoanalítica no es tanto el estudio de la seriedad y de la creatividad del juego, sino cómo se articulan el *principio del placer* y el *principio de realidad*. En su consideración, fundamenta que al juego no se opone la seriedad, el rigor, sino la realidad. Le interesa cómo se articulan en el psiquismo la realidad interna y la realidad externa, esto es, la fantasía y la realidad; es más, le interesan las vicisitudes de las demandas del deseo en consonancia con el factor limitante de la realidad. Confronta el deseo y la realidad. El principio de realidad equilibra al principio del placer, regula la búsqueda de la satisfacción (el deseo) en función de las condiciones impuestas por el medio y sus límites (la realidad).

En otra de sus conclusiones resuelve, muy acertadamente, que toda fantasía se apoya –se *apuntala*– en la realidad. Que nada se crea *ex novo*. Su importancia radica, no tanto en su originalidad, sino en que sitúa a la fantasía en el eje axial de su teoría (al igual que no descubre el concepto de *inconsciente*, sino que describe su funcionamiento, las «formaciones del inconsciente», en los síntomas, sueños, lapsus, actos fallidos). Lo plantea de inicio en el sueño, y lo sostiene, sin solución de continuidad, en el juego y en la creación literaria. Para el fundador del psicoanálisis, el juego se ofrece del lado del placer, pertenece al ámbito de la fantasía/imaginación (siempre con un pie en la realidad), precisa de la seriedad y determina la creatividad. En suma, es un componente estructural de primer orden de la subjetividad humana.

Freud considera que la fantasía eslabona el diálogo entre literatura y psicoanálisis. Él mismo –además de un grafómano inveterado– es un valioso escritor, reconocido con el Premio Goethe en 1930. Freud considera que el niño *juega a jugar* y el poeta *juega a fantasear*. Lo dice así: «En vez de *jugar*, ahora *fantasea*». Plantea que el niño se rige por un solo deseo, que ayuda a su formación: «Juega siempre a *ser grande*», a ser adulto. Por su parte, el adulto no renuncia a jugar –no renuncia al placer– sino que permuta el juego por la fantasía. Lo explica así: «No olviden ustedes que [...] la creación poética, como el sueño diurno, es continuación y sustituto de los antiguos juegos del niño». Una línea que sigue su hija Anna en su estudio del psicoanálisis infantil. Pero con la irrupción de Melanie Klein –su principal oponente en la teoría psicoanalítica infantil, cuya acre disputa se dirime en el campo de Agramante de las polémicas *Controversial discussions*– y después, de Donald Winnicott, el juego se homologa con la fantasía, porque todo jugar es un fantasear y todo fantasear es un jugar. La fantasía inconsciente pasa a ser el objeto de atención del psicoanálisis infantil en la escuela inglesa de psicoanálisis.

III

A la estela de Freud –y Klein mediante– se encuentra la obra de Donald Winnicott. De todos los autores reseñados en este recuento, el inglés es quien mayor atención ha dedicado a este asunto. Porque, ciertamente, el juego es central en la obra de Winnicott, recorre todo su pensamiento y atraviesa sus conceptos más importantes. Para este autor, el juego (el jugar) es un mediador que conecta el deseo (*principio del placer*) con la realidad (*principio de realidad*). A diferencia de Freud, Winnicott no contrapone la *realidad* con el *juego*, sino que enfatiza que el *jugar* construye la *realidad*. Considera que la realidad se edifica jugando (*playing*), en una zona intermedia de la experiencia (*transitional area*), que determina un espacio potencial (*potential space*), que activa el proceso creativo humano y que da lugar a lo que denomina el *gesto espontáneo*. A lo más propio y natural de cada persona. El individuo y su identidad que dan cuenta del sujeto subjetivo.

Winnicott es uno de los principales estudiosos del interjuego entre fantasía y realidad al plantear

su noción de *espacio transicional* asociado al de *objeto transicional* y de *fenómeno transicional*. El concepto de *espacio transicional* es la piedra de toque del pensamiento de Donald Winnicott. La base del jugar humano. Este tercer espacio o espacio potencial es una *zona intermedia* que inaugura una nueva estructura del psiquismo, de la clínica y de la cultura. Winnicott denomina *espacio transicional* a una realidad intermedia que no es la realidad externa ni la realidad interna, sino que participa de ambas; un espacio común de intercambio y de juego entre la fantasía y la realidad donde ambas se enriquecen y fecundan mutuamente; un lugar de encuentro –en el que habitan los *objetos transicionales* y acontecen los *fenómenos transicionales*–, donde se activa el proceso creativo que potencia la subjetividad y que depara *riqueza psíquica* al sujeto.

La *transicionalidad* implica una transición o un movimiento de presencia/ausencia (entre el adentro y el afuera, la satisfacción y la frustración, la unión y la separación, la completud y la incompletud), de un espacio psíquico que no es propio ni ajeno, sino común y compartido (de descanso, no disputado), que edifica la intersubjetividad humana. Lo transicional, que se rige por la lógica paradójica (en tanto que confronta dos elementos opuestos), es un proceso que permite la simbolización del sí mismo y del mundo. Winnicott le confiere una especial relevancia porque permite el pasaje fluido de lo subjetivo a lo objetivo. El *espacio transicional* actúa a modo de intercambiador psíquico.

A diferencia de lo que se suele sostener, la infancia no es el reino de la fantasía, de la imaginación desbordante. Nada más lejos de la realidad. De ser así, el niño se frustraría, saturaría el proceso creativo y dejaría de jugar. El niño es imperativo en su deseo, lo quiere todo y ya. Negocia su fantasía con la realidad y trata de hacerla real. Como humano en construcción busca un espacio de confluencia –un *espacio transicional*– en el que la fantasía y la realidad se encuentran, conviven y potencian creando una *realidad compartida*. El niño entra y sale de la fantasía con naturalidad, de forma espontánea, lo que le otorga versatilidad y capacidad creativa, esto es, *riqueza psíquica*. Un niño que fantasea o imagina –que juega– a ser Superman de forma temporal *representa ser* el héroe del cómic. Se *siente* el héroe

mientras juega. Fantasía y realidad se acoplan de forma transitoria. El juego es el *transformador* (el médium, el lubricante) que procesa el cambio creativo del curso vital.

El juego pone en marcha la actividad creativa –espontánea– del individuo. Al jugar se realizan nuevas combinaciones de movimientos (donde el pensamiento determina la acción y la acción al pensamiento en una constante retroalimentación) y se modifica la realidad, tanto interna como externa (la mirada sobre uno mismo y sobre el entorno), dando lugar a una nueva realidad: la realidad transformativa o *realidad creativa*. La realidad no es una ni es estática, sino diversa y dinámica. Inaprehensible. El juego da acceso a la realidad y la realidad alienta al juego. El juego juega con la realidad y hace nuestra mirada subjetiva, limitada, precaria. Su función se orienta en potenciar y mejorar las prestaciones humanas y abrir nuevas formas de configurar la realidad circundante. Jugar produce placer y diversión, da plasticidad al cerebro (que es adaptativo o plástico, no flexible), y aporta confianza y seguridad con los que nos rodean y con el entorno. Winnicott diferencia entre *play* (espontáneo) y *game* (reglado). Su objeto de atención no son los juegos sino el juego; y más que el juego, la acción de *jugar*; su axioma es «jugar es hacer». El juego se enmarca entre lo espontáneo y lo reglado: cuanto más espontáneo es más creativo; cuanto más reglado es más recreativo y de entretenimiento. Cuanto más espontáneo aporta mayor *riqueza psíquica*.

T. S. Eliot en «East Coker» (del poemario *Four Quartets*) escribe: «El hogar es el lugar donde empezamos». El hogar como punto de partida es una triada formada por el sostén materno, la urdimbre familiar y la trama social, que trazan la geometría variable de la condición humana. El regazo de la madre (indisociable del útero y la cuna), es el primer espacio de juego infantil. Y el juego básico, primigenio y primordial, es el del niño con su madre. Entre ambos se establecen vínculos emocionales que son esenciales para el desarrollo cognitivo, afectivo y relacional del niño. Acto seguido, los objetos (transicionales) se incorporan al juego, con lo que se crea un *espacio transicional*, simbólico, que estimula el desarrollo cognitivo y emocional del niño. El sostén materno o parental es primordial. Los juegos

de la infancia y de la adolescencia (saltar, correr, gritar, cantar, medir fuerzas), más espontáneos, permiten descubrir los límites del cuerpo. Son juegos más físicos. Los juegos adultos (ruleta, póker, tragaperras), más reglados, propenden a activar la mente. Son juegos más psíquicos. Unos y otros ayudan a descargar tensión y a crear el mundo. Ambos están más o menos implícitos en todo tipo de actividad humana. Y en todas las etapas de la vida, con más viveza o con más esclerosis. El peligro reside en dejar de jugar o arruinar el juego.

IV

El juego –el jugar– es lo más natural del ser humano. Es el articulador esencial de la vida. Es su piedra de toque. Porque la vida, en tanto que existencia, es un puro juego: un *jugar*. Ya Lewis Carroll, el singular representante del *nonsense*, nos invita a ir más allá de la realidad objetiva y atravesar el espejo a modo de señalador de caminos. «Juguemos a que existe alguna manera de atravesar el espejo», dice. El juego o el jugar, en tanto que acción, es el movimiento que otorga un sentido dinámico a la propia vida. A la existencia. Jugar implica crear, esto es, crearse a sí mismo en relación con los otros y compartir con los otros y, por ende, vivir y existir. Jugar supone hacer preguntas y buscar respuestas acerca de nuestra vida y nuestras vivencias. Construye la identidad y es, además, un indicador de salud y un logro cultural. Para Winnicott, «lo natural es el juego, y el fenómeno altamente refinado del siglo XX es el psicoanálisis».

El *juego de la vida* se caracteriza por dos tipos de juego: el *juego reglado* y el *juego espontáneo*. La diferencia es sustancial, mientras el *juego reglado* remite al contenido del mismo, donde las normas o reglas de cada juego determinan la forma de juego y el comportamiento de los jugadores (sea del póker, del fútbol o del tenis), el *juego espontáneo* alude a la acción que realiza el individuo, al modo personal en que juega tanto el niño como el adulto. En inglés –a diferencia del castellano–, hay dos formas para nombrar la palabra *juego*: una, el *game*, el juego con reglas, y otra, el *play*, el juego espontáneo. De suerte que cada juego responde a unas reglas predefinidas, mientras que el jugar está librado

a la idiosincrasia del jugador. A la peculiaridad existencial de cada uno. Todo juego –la vida, los juegos– tiene unas reglas básicas. Pero la vida la jugamos de la forma más espontánea posible. El *juego espontáneo* implica la aportación original, novedosa, sensible de cada individuo. La identidad, estable y mutativa al mismo tiempo, de cada sujeto. En palabras del pediatra y psicoanalista inglés Donald Winnicott, el jugar remite al *gesto espontáneo* de cada uno de nosotros. La capacidad de ver la vida de forma dinámica y cambiante.

Por su apariencia formal, el juego se asocia generalmente a lo divertido, a lo recreativo y al ocio. Y, por encima de todo, a la niñez, puesto que la infancia es el territorio natural de la fantasía. Pero la condición del juego es lo serio, y lo divertido su consecuencia, tanto en la vida infantil como en la vida adulta. Un niño, cuando juega, muestra lo involucrado que está en el juego. La seriedad, el rigor con que juega, ofrece la máxima atención y concentración, pues está ensimismado en la *actividad lúdica*. Poco o nada distrae su atención para salirse del espacio de juego, salvo algún acontecimiento externo o interno suficientemente distractivo o perturbador. La seriedad del juego infantil se debe al equilibrio que mantiene entre su *mundo interior* (fantástico) y su *mundo exterior* (empírico). En un jugar, sereno, bien balanceado. Nietzsche dice: «El niño cuando juega, para divertirse tiene que jugar en serio». Propone una justificación ética de la existencia a través de la *seriedad del juego* infantil, cuyos dos aspectos indisolubles son el logro de la identidad y el alcance de la libertad, que nunca son absolutos sino relativos. La *seriedad del juego* de la infancia es la base de la madurez adulta. En él lo apolíneo y lo dionisiaco no son dos aspectos no enfrentados sino complementarios. En la Grecia antigua, lo apolíneo define el equilibrio y la medida; y lo dionisiaco, su opuesto, el desorden y la desmesura. Desde Nietzsche no se puede pensar el uno sin el otro. La fuerza de la vida supone crear y destruir. Construir y destruir son el haz y el envés que establece la *seriedad del juego*. Parafraseando a Gabriel Albiac: «el juego es lo único importante porque es lo único que permite a un hombre sobrevivir a su angustia».

La *capacidad de jugar* es inherente a la naturaleza humana, desde el comienzo hasta el final

de nuestra vida. La infancia es la etapa de juego *par excellence*, en la que se despliega la capacidad de jugar con un juego espontáneo, vivaz y expansivo; en la edad adulta se sigue jugando, pero con juegos cada vez más reglados que se transforman en formas de juego sofisticado (como la seducción erótica), que impregnan todo tipo de actividades sociales; y en la edad provec-ta se restringe y/o comienza un cierto declinar del juego, que nunca es total porque hasta el final perviven rudimentos de juego vivo. Imbatible Stuart Brown: «Estamos hechos para jugar y nos hacemos jugando». Es evidente que no es el único factor, que quizá no es el principal y que tampoco es exclusivo del humano, puesto que otros animales también juegan. Pero es indudable que es uno de los articuladores esenciales de la dinámica interna del individuo (lo inconsciente) y de su relación con el mundo externo (el otro). Nos relacionamos –jugando– con nosotros mismos y con los demás. Al jugar emana la creatividad personal, que es un catalizador primordial para el intercambio social, en tanto que elemento necesario e imprescindible para la vida de relación, a la vez que central en la actividad cultural. El juego ressignifica nuestra condición humana. La capacidad de jugar instaura nuestro *gesto espontáneo*. Esto es, lo intuitivo, el humor, la tolerancia, la aceptación de las paradojas de la vida como vectores primordiales de la existencia humana.

V

Según Nietzsche, el primer movimiento serio de la rueda de la vida lo impulsa el juego. En *Ecce homo*, antes de volverse loco –en ese espacio intermedio (*transicional*) en el que habitamos entre la cordura y la locura– alerta de que el único modo de tratar con grandes tareas es el juego, que «constituye, como indicio de la grandeza, un presupuesto esencial». Al jugar emerge la creación pura y el espíritu alcanza su liberación. Habla de conservar la viveza, la frescura, la es-

pontaneidad. Lo dice así: «En el hombre auténtico se esconde un niño: este quiere jugar». En el *hombre auténtico* se esconde un niño que quiere jugar. El resto es ademán, impostura. Nietzsche concibe así la única forma de liberación posible. Y lo hace colocando el juego en el origen del pensamiento filosófico, a la estela de Heráclito, cuya piedra de toque, el fragmento 52, es determinante: «Aión [tiempo de la Vida o de la Eternidad: vida siempre viva] es un niño que juega a los dados: de un niño es el reino». Nietzsche, seguidor de Heráclito, cree que el niño es un demiurgo, un creador cuando juega. Un niño que juega en la orilla del mar y construye diversas formas con la arena, que derriba y que vuelve a rehacer excitado por la actividad lúdica. Winnicott, encabeza el comienzo de su libro *Realidad y juego* con una cita del músico Cat Stevens («but tell me where do the children play») y sitúa la *capacidad de jugar* –como Heráclito, como Platón, como Nietzsche– en el núcleo duro del dispositivo analítico. De toda psicoterapia.

Para el filósofo de Röcken el *hombre auténtico* no es otro que el superhumano (*Übermensch*), que no es aquel que es o que se considera superior a los otros sino el que trata de superarse a sí mismo. El que trata de mejorar y crecer continuamente. El humano perfecto, nunca perfecto. Y para ello precisa jugar en profundidad la vida. No jugar o arruinar el juego es abismarse al aburrimiento, a la no vida, a la muerte en vida. En *Ecce Homo*, el testimonio de un hombre abocado a la demencia definitiva, Nietzsche plantea la pregunta trascendental de la vida, de la existencia. Una pregunta que recorre todo tipo de juego: el juego del lenguaje, el juego creativo, el juego político, el juego terapéutico... Nietzsche quiere orientar la cultura de su tiempo, de la que se declara *su alegre mensajero*. Lo plantea como una verdadera unidad de medida. Se pregunta qué grado de verdad *soporta* un espíritu, qué dosis de verdad *se atreve* a afrontar. Lo formula así: «¿Cuánto de verdad estás dispuesto a soportar de ti mismo?».

Contacto

Javier Lacruz Navas ☎ 976 227 050 ✉ consultalacruz@gmail.com
 Centro de trabajo: Cesáreo Alierta 16, escalera 4^a - 9^o derecha • 50008 Zaragoza

Bibliografía

Álvarez, J. M^a. *Estudios de psicología patológica*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2017.

Bergson, H. *La evolución creadora* (1907). Buenos Aires: Cactus, 2007.

Bleichmar, H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós, 1997

Brown, S. *¡A jugar!* (2009). Barcelona: Urano, 2010.

Carroll, L. (1871). *Alicia a través del espejo*. Madrid: Cátedra, 2010.

Caillois, R. *Teoría de los juegos*. Barcelona: Seix Barral, 1958.

Castilla del Pino, C. *Introducción a la psiquiatría* (I). Madrid: Alianza, 1978.

Castilla del Pino, C. *Introducción a la psiquiatría* (II). Madrid: Alianza, 1980.

Coderch, J. *La práctica de la psicoterapia relacional*. Madrid: Ágora relacional, 2010.

Colina, F. *El saber delirante*. Madrid, Síntesis, 2001.

Echevarría, J. *Sobre el juego*. Madrid: Taurus, 1980.

Eliot, T. S. «East Coker» En: *Four Quartets*. Londres: Faber & Faber, 2001.

Ferenczi, S. *Sin simpatía no hay curación. Diario clínico*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

Fink, E. *Spiel als Weltsymbol*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1960.

Fiorini, H. J. *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2006.

Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica* (1972) (2 vols.). México: Fondo de Cultura Económica, 1976.

Freud, S. *Obras completas* (24 vols.). Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

Gadamer, H.-G. «El juego del arte», en *Estética y Hermenéutica*, Madrid: Tecnos, 1998.

González, J. A. *Tractatus ludorum: una antropología del juego*. Barcelona: Anthropos, 1993.

Grinberg, L. *Introducción a la teoría psicoanalítica*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.

Huizinga, J. *Homo ludens* (1938). Madrid: Alianza, 2002.

Lacruz, J. *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza: Mira Editores, 2011.

Lacruz, J. *El juego espontáneo*. Zaragoza: Cierzo, 2021.

Leiris, M. *La regla del juego* (1976). Barcelona: Días contados, 2014.

Moreno, E. (compil.), *El psicoanálisis y la capacidad creativa en el ser humano*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2011.

Nietzsche, F. *Obras completas*. Madrid: Gredos, 2010.

Péret, B. *El gran juego* (1928). Madrid: Visor, 1980.

Pujol Moix, J, M. *Juegos y juguetes: un acercamiento al arte a través del juego*. Barcelona: Serres, 2005.

Schiller, F. *Cartas sobre la educación estética de la humanidad* (1793-1795). Barcelona: Acantilado, 2018.

Urtasun, A., J. L. Moraza, J. González del Campo, *Homo Ludens. El artista frente al juego*. Navarra: Fundación Museo Jorge Oteiza (catálogo de la exposición celebrada en el Museo Oteiza entre el 11 de noviembre de 2010 y el 13 de febrero de 2011), 2010.

Winnicott, D. *Realidad y juego* (1971). Barcelona: Gedisa, 1979.

Winnicott, D. *Obras completas* (4 vols.). Barcelona: RDA, 2006.

Zweig, S. *El misterio de la creación artística*. Madrid: Sequitur, 2007.

• Recibido: 12/04/2021.

• Aceptado: 02/06/2021.



HISTORIA

Un *maestro* que queda entre nosotros: Ante el fallecimiento de Nicolás Caparrós.

Begoña Olabarría. Expresidenta de FEAP.

Hoy, cuando aún me parece que puedo escuchar su palabra, ver su expresión, fijarme en su mirada –tan especial-. Hoy, cuando aún no han pasado más que pocos días de su fallecimiento– el día 21 de este mes de marzo-, puedo ver que tuve suerte: la tuve muy joven, en 1976, psicóloga recién licenciada, cuando buscaba en aquel erial de la formación en clínica y en Psicoterapia que era la España de mitad de los setenta –con sus islas de excepción-, dónde y con quién iniciar mi formación. Encontré un *maestro*. Cierto, seguro, riguroso, abierto, generoso en la administración y transmisión de su saber, favorecedor de la autonomización, tan alejado del capillismo como del caudillismo.

Nicolás Caparrós había vuelto hacía un par de años de Buenos Aires y había creado en Madrid Quipú, un singular Centro de Psicoterapia Psicoanalítica y Grupal, con un pequeño grupo de jóvenes psicólogos a los que había formado. Y abrió un camino de *maestro*: tratamientos psicoterapéuticos (individuales y grupales), formación en Psicoanálisis y en el Modelo Teórico-técnico del Grupo Operativo, Investigación y “laboratorios sociales”..., una revista (Clínica y Análisis Grupal), y abría una línea de publicaciones y libros que iban dando cuenta de sus aportaciones teórico-técnicas y su investigación psicoanalítica y psicoterapéutica, mientras también apoyaba desarrollos y publicaciones de terceros. Nada había como aquello que él empezó. Tuve una enorme suerte.

Más tarde desarrolló y mantuvo en Imago su equipo y colaboradores un camino sin paradas, sostenido, riguroso, sin sesgos *capillistas*, sin generar dependencias, abierto, profundo.

Psiquiatra, había dado sus primeros pasos en el Hospital Psiquiátrico de Alcohete, un manicomio marcado por la miseria y el asistencialismo, que Nicolás enfrentó con múltiples acciones de línea antipsiquiátrica. Obtiene plaza en el PANAP –Patronato nacional de asistencia psiquiátrica– y entra en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés como Médico ayudante, donde pasa a ser Jefe clínico y finalmente Jefe de servicio. Las condiciones aquí eran mejores que en Alcohete y con liderazgo, contribuye a establecer camino en búsquedas de cambio en la asistencia, así como terapias de grupo de corte variopinto y técnicas inciertas. Así que sus estancias en Londres abundan y desde el convencimiento de que era preciso “saber-hacer” en clínica (“Me adentré en el psicoanálisis a través del enfermo”), hace su formación analítica al tiempo que se aproxima a la rigurosa labor que se desarrollaba con psicóticos en Kingsley Hall, una de las experiencias más radicales en el tratamiento de estos pacientes. Como *Assistant* del Hospital Maudsley, coincidirá en 1968 con J. Berke, R. D. Laing, D. Cooper, A. Esterson y M. Schatzman. Con ese bagaje formaliza en el pabellón de hombres de Leganés las terapias de grupo manteniendo su preocupación e interés por la ideología y la problemática social en el Psicoanálisis, y así en 1969 en Roma, participa en la fundación de *Plataforma Internacional* como un modo de articulación de respuesta a la Internacional de Psicoanálisis, sobre todo en lo concerniente a la orillada problemática social, junto a Armando Bauleo, Marie Claire Booms, Hernán Kesselman, Emilio Rodrigué y Berthold Rorschid.

Asentó pronto la idea de que las terapias farmacológicas –que sí pueden ser herramientas–, son

pseudoparaísos artificiales si no saben contribuir a lo central: la elaboración psicoterapéutica. Unos pseudoparaísos de quienes prescriben jugar con el sufrimiento como lo más natural para mantenerse en él, para no cambiar, porque en realidad ni creen ni buscan ni ejercen para el cambio. Así que asumió la responsabilidad de sostener lo que no queremos que se nos arrebatase, con excusas y artimañas, en nuestros ámbitos de encuentro organizados y asociativos.

Al inicio de los años setenta, renuncia a su Jefatura de Servicio en el Hospital Psiquiátrico de Leganés y para abrir pensamiento y práctica clínicas sale a ejercer e intercambiar en Buenos Aires, donde entra en relación con Ángel Garma, Pichon Rivière (a través de Bauleo y Kesselman), Marie Langer ... que en poco tiempo se convierten en colegas y amigos entrañables.

Y a continuación, volver: Le importaba la clínica en sus diferentes planos, comprender, explorar, estudiar, elaborar, transmitir...

Pronto establece la idea de *vínculo*, que se convierte en vértice desde el que desarrollar nuevas elaboraciones y hallazgos que van siendo fundamentales para entender el trabajo del grupo desde el modelo analítico-vincular: Emergente, Tarea terapéutica y Vínculo. Así se refleja en los dos tomos que conforman la *Psicopatología analítico vincular* (una conceptualización dinámica a partir de la estructura de los tres núcleos básicos de la personalidad) en 1992 o poco después en *Tiempo, temporalidad y psicoanálisis* (1994), donde deja establecidas cuestiones que en su importante y última obra (4 tomos), *Viaje a la complejidad* retoma desde nueva perspectiva. Entre ambas, *Correspondencia de Sigmund Freud, Orígenes del psicoanálisis. Sujeto y vínculo* de 2004 ("Somos lo que el vínculo hace de nosotros") o *El proceso psicósomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad* (2008), *Ser psicótico: Las psicosis ó Migración, racismo y poder* en 2010, para a continuación recorrer como red conceptual: evolución – vínculo – comunicación – lenguaje – símbolo, en *Del vínculo a la palabra* (2012).

Son sólo algunos de sus textos, que se acompañan de otros muchos, algunos colectivos, pues Nicolás Caparrós elaboraba continua e incansa-

blemente dejando una obra marcada por la brillantez y el compromiso. Seguramente los cuatro tomos de *Viaje a la Complejidad*, sus últimos libros, que coedita y en que participan unos pocos autores más, supone un salto cualitativo que a la vez da cuenta de su profundidad.

Clarividente, adelantado de su tiempo, había buscado salir de las pautas del hastío grandilocuente y hueco del discurso psiquiátrico preponderante y miserable en lo clínico-asistencial. También dio la espalda a la frecuente práctica del "paseo" por los diferentes modelos teóricos como práctica de incorporación de una pseudoformación sumativa y estéril.

Nicolás Caparrós apostó por generar desarrollos de una clínica rigurosa, un pensamiento profundo, elaborado, aportador, una articulación teórico-técnica de altura y, al tiempo, crítica como ejercicio psicoterapéutico. Y lo hizo transmitiéndolo, ejerciéndolo. Deja así una huella imborrable entre nosotros de gran maestro. Un maestro seguro, accesible, exigente consigo mismo.

Por suerte para todos, este hacer en Nicolás, es anterior y periférico a las categorizaciones historicistas y a la tendencia a asociarse con partículas resignificadoras de mezclas ominosas. Se deleita en sus desarrollos profundos y creativos, sin vanidad ni jerarquías. Observa, analiza, elabora.

Un observador que se embriagaba ya de niño explorando cuevas de la Almería de su infancia por el propio hecho de explorar/observar.

Él sabía reconocer y revelaba la dimensión construida de toda forma de clínica psicoterapéutica rigurosa sabiendo connotar una forma de disidencia respecto a los seguimientos de lo dominante en cada momento, abriendo camino a las líneas teórico-técnicas que llegarían después.

Su Centro Imago Clínica Psicoanalítica, pensado para la clínica, la investigación y la docencia, como un taburete de tres patas que a su vez era objeto de reflexión, estaba alejado de muebles necios, era la antítesis de una morada del aburrimiento, de la repetición litúrgica de discursos supremacistas de lo psicoterapéutico como escuela cerrada, hoy tan abundantes y que con disposición implacable parecen reasumir brutales dictaduras desérticas de pensamiento.

Nicolás Caparrós también vivió crisis en su contexto profesional. Pero las crisis vividas desde su fundacional apertura, dieron paso a crecimientos múltiples donde no se instauraba otra cosa que no fuera la multiplicación de desarrollos en dinámicas abiertas. Fue clave el talento, la bonhomía, la serenidad, la autonomía intelectual de Nicolás para ello.

Independiente *versus* aquellos que, en nombre de la psicoterapia, servían a otros, como antes a Dios o a la aristocracia, ahora al comercio, a la mercancía psicoterapéutica. Él decretaba la autonomía de la psicoterapia, su “lógica interna”, trabajaba sus temas, métodos y formas como fin y aportación en sí mismas.

Creo no equivocarme al decir que Nicolás Caparrós ha sido y es figura fundamental de la Psicoterapia en nuestro país y fuera de nuestras fronteras. Psiquiatra que ha renegado de los valores de lo dado, dotado de una elegancia intelectualmente peligrosa por su agudeza crítica y su independencia. Un poco extranjero en su propio país, madrileño y almeriense, era capaz de ejercer la disidencia frente a lo establecido perverso y espurio. Aportaba, nutría.

Nicolás deja huella profunda de su magisterio entre nosotros y en sus pacientes. Una memoria emocionada.

En Madrid, a 28 de Marzo de 2021

Nicolás Caparrós (1941-2021). Hermano mayor, compañero Nicolás.

Antonio Espino. Psiquiatra.

Supe de la muerte de Nicolás a la mañana siguiente a través de un wasap de Begoña Olabarriá (“*Toño, no sé si sabes que Nicolás Caparrós ha fallecido. Un abrazo*”). De entonces acá me han ido apareciendo los ecos de una relación con quien, por su edad, podía haber sido mi hermano mayor, y que influyó en mi aprendizaje del oficio de psiquiatra durante los 70, ese período de nuestras vidas que se corresponde con la progresiva y visible descomposición de la dictadura –la renqueante agonía del tardofranquismo– y un ilusionado proceso de transición hacia lo que acabaríamos sintiendo, tal vez, como una gris democracia parlamentaria.

Aquella misma tarde colgué en *Facebook* una foto suya junto a mi particular homenaje hacia quien, a finales del 71, fue mi jefe de servicio en el Hospital Santa Isabel de Leganés al iniciar mi residencia de psiquiatría en Madrid. Un hospital

en vías de cambio que trataban de convertir en referencia de la modernización asistencial desde el PANAP¹, un organismo creado para intentar reflotar la raquítica asistencia psiquiátrica española de la mano de Adolfo Serigó, un tecnócrata con afanes reformistas.

La última vez que bucé en su intensa y continuada producción escrita fue en 2018, indagando las últimas publicaciones de Antonio Colodrón mientras preparaba su despedida en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, tal como me había pedido Víctor Aparicio. Descubrí una participación breve y jugosa de Antonio en el primer tomo de una obra monumental titulada “El viaje a la complejidad” y coeditada, precisamente, por

¹ Nota editor: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Organismo público dependiente del Ministerio de la Gobernación que funcionó entre 1939 y 1975.

dos psiquiatras pioneros de aquel viejo Leganés, Nicolás Caparrós y Rafael Cruz Roche, presentes –y directo participante en el caso de Nicolás– en mi formación y trayectoria profesional desde sus jefaturas de “hombres y mujeres”².

Resulta que cuando hice el examen para la residencia –entonces la selección se llevaba a cabo en cada hospital–, Nicolás y yo ya nos conocíamos, al punto que se ocupó personalmente de que me incorporara a su Servicio, donde iba a tener de adjunto a otro “ex del Sanatorio de Alcohete” de reciente traslado, Juan Casco Solís.

¿Pero cómo nos habíamos conocido? Aquí es cuando empiezan a bailarme las imágenes y los recuerdos, al punto de no estar seguro de distinguir siempre entre lo que pudo haber ocurrido y mi propia imaginación...

Creo que fue precisamente Antonio Colodrón –por quién Nicolás siempre mantuvo una especial relación de afecto y respeto intelectual– quien nos puso en contacto. Yo había conocido a Colodrón en su consulta de Profesor Waksman siendo estudiante de medicina y a través de Rafa Lozano, médico internista y profesor en la Cátedra de Patología General de José Casas, viejo republicano. Junto con Pedro Zarco, representantes ambos de los médicos del Hospital Clínico, habían sido represaliados por oponerse a la entrada de “los

grises”³ en el hospital. Estamos en aquellos cursos universitarios de 1966-67 y 67-68 llenos de conflictos desde el curso anterior en que habían despojado de sus cátedras a Agustín García Calvo, Tierno Galván y José Luis Aranguren por mostrar su apoyo a alguna de nuestras reivindicaciones.

Ese encuentro con Nicolas pudo ser en 1971, cuando yo trabajaba en el Sanatorio Psiquiátrico de Oña, de la Diputación de Burgos, en una reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, idios sabe en que lugar y con que fecha!, en la que intervenía Colodrón y cuyo principal bruñidor era Rof Carballo, un médico internista de la segunda República –había nacido en 1905– que se había formado en Viena –donde conocería a Freud– con una beca de la Junta de Ampliación de Estudios y que colaboraría después de la guerra civil en Madrid con médicos tan ilustres como Jiménez Díaz y Gregorio Marañón. Después de publicar a finales de los 40 un importante tratado sobre patología psicosomática y no pudiendo aspirar a catedrático de psiquiatría por su falta de sintonía con López Ibor, fundó dicha sociedad en los 50 con el doble objetivo de promover el desarrollo de una medicina de corte antropológica que diera cabida a importantes elementos del psicoanálisis y facilitar en torno a ella un espacio con cierta autonomía respecto de la psiquiatría madrileña académica del momento⁴.

En el caso de la generación que había venido al mundo pasada la guerra civil y que asumiría un papel protagonista en las reformas psiquiátricas de los años 70 y 80 –denominada con éxito por Víctor Aparicio “la generación psiquiátrica del 72”– la vinculación más importante se llevaría a cabo, sin embargo, con la refundada Asociación Española de Neuropsiquiatría, de gran protagonismo en los años republicanos, especialmente a partir de ocupar Luis Valenciano, discípulo de Lafora, su presidencia a partir de 1967 y hasta el Congreso de Benalmádena (Málaga), en 1971, donde esbozaría un discurso crítico sobre la situación en que se encontraba la psiquiatría es-

² Según me contaron ya en Leganés, Caparrós y Cruz Roche habían asumido su responsabilidad de Jefes de Servicio de una manera original: con el abandono de J.A. Vallejo-Nájera Botas de la dirección del psiquiátrico –que ocupaba desde 1958–, incapaz de soportar los cambios internos que trataban de promover los nuevos profesionales que habían obtenido plaza en el mismo, se inició –con el consentimiento de Serigó–, un proceso de modernización del hospital que incluía cambios en su organización interna, como la jerarquización y departamentalización del mismo y su nuevo carácter docente, siguiendo los pasos de los modernos hospitales de la Seguridad Social. Dentro de aquel proceso, fueron elegidos los distintos puestos clínicos de responsabilidad del hospital por parte de la asamblea de los trabajadores, obteniendo Caparrós y Cruz Roche, a pesar de su juventud, la responsabilidad de las dos jefaturas más importantes, los servicios “de hombres y de mujeres”. A la primera generación MIR del nuevo hospital docente poco nos contaron de la época anterior, más allá de las especiales dotes de Vallejo-Nájera como encuadernador, lo que afectaría al desarrollo de la labor terapéutica del centro, y el hecho de que su llegada al hospital se anunciaba mediante el tañer de una campana que había a la entrada del centro.

³ Nota del editor: Denominación popular de la policía armada por el traje gris que llevaban.

⁴ En dicho proceso fundacional participarán, curiosamente, los dos hombres fuertes de la psiquiatría catalana –Ramón Sarró y Juan Obiols– que mantenían una posición más abierta que el círculo académico madrileño de entonces frente a la figura de Freud.

pañola dando oportunidad a la incorporación de un buen número de nuevos profesionales.⁵

En todo caso, se ha dicho de nuestra generación que al carecer de maestros se vio forzada a un desarrollo científico y profesional de corte autodidacta. Lo que parece reforzarse viendo nuestra reacción negativa en la universidad hacia aquellos psiquiatras a los que la dictadura había otorgado el poder psiquiátrico en sus ámbitos político y académico, principalmente Antonio Vallejo-Nágera y Juan José López Ibor⁶. Visto con cierta perspectiva, sin embargo, es posible detectar “roturas” en la uniformidad del pensamiento psiquiátrico de la dictadura, apareciendo en la vida formativa de cada uno de nosotros –que sin duda tuvo un gran componente autodidacta–, distintos puntos de apoyo, de referencia y de estímulo, ya estuvieran más cercanos o más lejanos en el tiempo, ya se dieran en el ámbito de la colaboración directa o mediante la lectura de sus obras y el diálogo sobre la misma. De forma que referentes ajenos al pensamiento más oficialista nos fueron ayudando a diversificar la manera de afrontar tanto el ejercicio de la psiquiatría como el propio pensamiento psiquiátrico a muchos de nosotros.⁷

5 Ignoro totalmente si Nicolas tuvo una participación activa en la AEN durante estos años.

6 En el caso de Antonio Vallejo-Nágera su influencia sobre esta generación de psiquiatras va a ser mínima, si tenemos en cuenta que fallece en 1960, aunque jugará un importante papel en la asunción por la nueva psiquiatría española de la ideología franquista y en determinados aspectos de la represión de postguerra. Un caso especial sería el de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Madrid de aquella época, entre los que me encuentro: nuestro catedrático de psiquiatría era López Ibor y el profesor adjunto de cátedra, precisamente, el hijo de Vallejo-Nágera, director, a su vez, del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés.

7 El propio caso de Nicolas Caparrós y Rafael Cruz Roche en Santa Isabel de Leganés rebela cómo la diversidad de pensamiento se abrió paso ya en los primeros 70. En su desarrollo profesional encontramos la importante presencia del psicoanálisis, entonces bastante aislado del mundo académico oficial, pero cada uno seguirá su propio camino. En el caso de Cruz Roche, más ligado a la organización psicoanalítica oficial, formando parte de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM) como miembro titular en el marco de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Por su parte, Nicolas Caparrós reivindicará desde muy pronto posiciones críticas y nada ortodoxas dentro del movimiento psicoanalítico, participando ya en 1969 en la creación del Grupo Plataforma que distanciándose de la IPA en su Congreso de Roma, seguirá un camino más en línea con las inquietudes de todo orden de la izquierda freudiana argentina desarrolladas por alguno de sus miembros más destacados en España.

En mi caso, y obviando la figura de Rof Carballo, que había nacido en 1905, personas como Carlos Castilla, nacido en el año 22 y que al no poder formar parte –como era su deseo– de aquella nueva generación de catedráticos⁸ que se irá desarrollando de la mano de López Ibor, optará por un desarrollo intelectual e investigador propio influyendo sobre las nuevas generaciones con sus escritos desde su modesto Dispensario de Córdoba. Y lo mismo ocurrirá con Antonio Colodrón, nacido en el año de proclamación de la II República, que desarrollará un pensamiento lleno de originalidad desde la Asamblea de Cruz Roja en la calle Pozas de Madrid. E igual con Nicolas Caparrós, hermano mayor de esta generación al igual que Juan Casco –los dos habían nacido en 1941– y que dedicará todas sus energías y creatividad primero a la reforma de la institución psiquiátrica de la mano de los nuevos vientos antipsiquiátricos y con posterioridad a la investigación clínica y la enseñanza de aspectos básicos de nuestra disciplina desde novedosas perspectivas críticas y nada académicas. De esta forma, nuestro rechazo a una psiquiatría que nos había llegado envuelta en los valores de la dictadura pudo ir compensándose con nuevos contenidos y actitudes a través de personas mayores que nosotros que nos fueron ayudando a crecer de forma mucho más abierta en nuestro camino profesional. En mi caso, Nicolas Caparrós fue una de esas personas.

Pero volviendo a mi mundo de recuerdos y como si de aquella insólita película de Woody Allen, “Zelig” (1983) se tratara, la figura de Nicolás me acompaña también en mi época de universitario. Le veo a finales de 1969, en la Facultad de Medicina de la Complutense, en las últimas oposiciones a Cátedra que hiciera Carlos Castilla, con López Ibor en el tribunal, y donde no pasó del segundo ejercicio hasta el punto de montarse una buena bronca en la que ambos participamos y Nicolás con mucho más protagonismo y vehemencia que yo. Y también me parece verlo en aquella conferencia que había dado Castilla el invierno anterior en Madrid, en la Facultad de Ciencias Económicas, con el aula magna a rebozar y donde después de hacer confesión pública

8 Diego Gracia les ha llamado la “generación de las cátedras universitarias” de los 50.

de su pensamiento marxista, aquello acabaría en una bronca descomunal entre carreras a la salida del acto.

El caso es que desde mi entrada en el servicio “de hombres” que dirigía Caparrós me iba a encontrar cómodo con su filosofía asistencial, su actitud crítica hacia las cosas y el objetivo común de humanización y cambio de aquellas instituciones de las que ya habíamos tenido experiencia previa cada uno, él en el Sanatorio de Alcohete (Guadalajara) y yo en el Sanatorio de Oña (Burgos). Esa mirada anti-institucional y reformista marcará desde el inicio mi residencia en Leganés de la mano de Juan Casco y Nicolas Caparrós, e igualmente, la horizontalidad en el trato, la importancia dada a la relación interpersonal y al trabajo tanto en grupo como en asamblea. Sólo dentro de aquel clima –que contaba con la permisividad institucional– se pueden entender los rápidos cambios en la vida de los internos con el apoyo de todo el equipo asistencial, “hermanas”⁹ incluidas, las asambleas de enfermos, la aparición de cubiertos en el comedor además de la cuchara, las salidas del manicomio con los pacientes, los partidos de fútbol, los bailes con música en “la sala de hombres” o el estímulo para incluir todo tipo de medidas psicoterapéuticas en nuestra práctica asistencial. ¿Cómo no recordar la reunión diaria de buenos días que hacíamos en el servicio pacientes y personal para empezar cada jornada?

Aquellos dos primeros años cambiaron muchos aspectos de la vida interna del manicomio de Leganés y, seguramente, también influyeron en la manera de trabajar de muchos de nosotros. Una última anécdota ejemplifica aquella nueva actitud. Al comienzo de los 70, Nicolás, con la ayuda de Rita Enríquez de Salamanca, había llevado a cabo una encuesta en el distrito universitario de Madrid sobre las opiniones y el comportamiento de los estudiantes en torno a la sexualidad, algo realmente novedoso para la época y que tendría tanto éxito con los estudiantes como problemas con la prensa y la administración del momento. También por esas fechas Master y Johnson publicarían su famoso libro “Human Sexual Inadequacy”, del que una editorial argentina en 1972 haría

una traducción churrigueresca y bastante ininteligible. Pues bien, recuerdo que en seguida Rita y yo –dos residentes del servicio de “hombres”– pusimos en marcha una consulta externa para terapia de parejas con problemas relacionados con la sexualidad con un grado de éxito terapéutico que ya me hubiera gustado haber mantenido a lo largo de mi vida profesional.¹⁰

Hoy creo ser más consciente de las contradicciones en las que nos movíamos, no siendo la menor el contraste que había entre aquella libertad de costumbres del interior... mientras fuera, seguía la dictadura. Aquel Leganés constituyó una especie de isla de tolerancia, una institución que promovía un cambio en la psiquiatría española desde una administración franquista en plena fase de desarrollismo económico y de perentoria necesidad de abrirse hacia el mundo sanitario exterior. Leganés fue, sin duda, el psiquiátrico del PANAP más potenciado por su Secretario General, Adolfo Serigó, aun a costa de tolerar a un grupo de jóvenes profesionales radicales –donde se incluían la mayoría de los residentes– conectados con el movimiento anti-psiquiátrico del momento¹¹ y dispuestos a pelear en favor de los derechos del enfermo y dar su apoyo a los cambios que se estaban produciendo en el ámbito de la psiquiatría pública española. En este sentido, resulta imposible no recordar aquellos “encierros solidarios” con los distintos conflictos que iban salpicando de forma generosa la vida española en nuestro sector. Lo ocurrido de puertas para adentro y de puertas para afuera en 1972 y 1973 –con Caparrós y Cruz Roche en la sala de máquinas– necesitaría de un estudio mucho más detallado, sin duda. Seguramente se correspondería con un período particular en la historia del hospital que coincide, en gran medida, con el tiempo que pasó Nicolás en el mismo antes de su marcha temporal a Argentina.

¹⁰ ¡El hospital tenía entonces ámbito nacional, de forma que podíamos atender a personas de cualquier lugar de España!

¹¹ Caparrós se haría cargo de la colección de psicología de la Editorial Fundamentos, coordinando en 1973 un libro sobre R.D. Laing, donde escribía el capítulo final sobre “Laing en la contracultura”, y apareciendo progresivamente en la misma trabajos propios y del grupo de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas que se había ido creando en torno al Instituto de Príncipe de Vergara, 204: Armando Bauleo, Antonio Caparrós, Susana López Ornat, Eduardo Pavlovsky, Emilio Rodríguez, Martha Berlin, Hernan Kesselman, entre otros.

⁹ Nota del editor: Religiosas católicas que trabajaban en los hospitales.

Aquel momento especial, ilusionante y contradictorio a un tiempo, tomaría tierra con el atentado a Carrero Blanco en diciembre de 1973. Para entonces creo recordar que Nicolás había partido para Argentina y a su vuelta, un año después, iniciaría un nuevo camino ajeno a la tarea lenta y llena de recovecos característica de los procesos de cambio impulsados en el ámbito de las administraciones públicas: sus ansias y su creatividad le llevaría a iniciar un nuevo camino donde poder desarrollar todos sus anhelos. Con la creación del Grupo Quipú de Psicoterapia en la calle del General Mola –actual Príncipe de Vergara–, volcaría en ese nuevo proyecto todas sus energías, creando un entorno, a su vez, capaz de dar cobertura en aquellos años a psicoanalistas vinculados a la izquierda argentina que irían apareciendo por Madrid en la fase final del peronismo –con Isabel Perón ocupando la presidencia desde 1974– y de manera más definitiva tras el golpe de Videla de 1976.

Pero este momento ya ocupa otro lugar en mis recuerdos. Yo seguiría mi camino en el Hospital Psiquiátrico de Leganés hasta 1982 y mantendría una relación con el grupo de Nicolás que

me sería de gran ayuda en mi formación como psicoterapeuta. Recuerdo de manera especial los Laboratorios psicosociales de fin de semana que coordinaba Emilio Rodríguez allá por el 1975 e, igualmente, mi experiencia psicoterapéutica primero con Martha Berlin y posteriormente y a lo largo de 2 años con Hernan Kesselman. Detrás, como facilitador, seguía estando siempre Nicolás.

Con el paso de los años y sobre todo a partir de mi marcha del Hospital en 1982 la relación fue menguando, sabiendo de sus andanzas a través de colegas y amigos comunes. Cuando a finales de los 80 volví a mi trabajo clínico, ahora al cargo de un Servicio de Salud Mental, nunca me faltaron noticias de Nicolás teniendo en cuenta que había participado, a través de su Instituto de psicoterapia, en la formación de una parte importante de las psicólogas clínicas de mi servicio.

Por eso, cuando Begoña Olabarría me dio la noticia, sentí que alguien cercano se había marchado. Alguien que había participado, como si se tratara de un hermano mayor, en la construcción de mi manera de ejercer el oficio de psiquiatra.

Contacto

Antonio Espino ✉ to.pino@telefonica.net • Majadahonda (Madrid)

Esta reseña se publica conjuntamente en las publicaciones *Norte de salud mental*, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* y el *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*.

Hace ya algún tiempo: Jaime Vera López (1858-1918). Un psiquiatra en los orígenes del PSOE.

*Some time ago: Jaime Vera López (1858-1918).
A psychiatrist at the origins of the PSOE.*

Reda Rahmani (1), Sonsoles Pacheco (2), Juan Medrano (3), Oscar Martínez (4),
Iñaki Markez (5), Luis Pacheco (6).

(1) Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia.

(2) Enfermera. Centro DAP. Bilbao.

(3) Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. BioCruces Bizkaia.

(4) Psiquiatra. Getxo. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Bilbao.

(5) Psiquiatra. ZuBiok. Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Bilbao.

(6) Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Bilbao. BioCruces Bizkaia.

Resumen: Los orígenes fundamentales de la Psiquiatría española se sitúan en la segunda mitad del siglo XIX, con una mayor influencia de los psiquiatras catalanes, de los cuales J. Giné y Partagás fue su máximo representante. Paralelamente, también fue muy importante el lugar ocupado por los profesionales madrileños, liderados en su inicio por P. Mata Fontanet y cuyos continuadores fueron fundamentalmente JM^a Esquerdo y el discípulo de este, Jaime Vera López, de quien nos ocuparemos en este trabajo.

Más allá de su labor clínica, Vera fue conocido por la realización de peritajes forenses en casos muy mediáticos y sobre todo por su papel intelectual en la política española, siendo uno de los impulsores de la creación del Partido Socialista Obrero Español (PSOE).

Palabras clave: Jaime Vera López, psiquiatras españoles, Escuela madrileña de Psiquiatría, Orígenes del PSOE, Peritaje de Galeote, Peritaje de Martín-Larios, Peritaje de Don Nilo.

Abstract: The foundations of Spanish Psychiatry date back to the second half of the 19th century thanks to the significant influence of Catalan psychiatrists such as J. Giné Partagás who were among their most illustrious representatives. Notwithstanding, professionals from Madrid occupied an important position. They were initially led by P. Mata Fontanet who had among his main followers JM^a Esquerdo and his disciple Jaime Vera López. In this work, we will be dealing with the latter.

Abstract: The foundations of Spanish Psychiatry date back to the second half of the 19th century thanks to the significant influence of Catalan psychiatrists such as J. Giné Partagás who were among their most illustrious representatives. Notwithstanding, professionals from Madrid occupied an important position. They were initially led by P. Mata Fontanet who had among his main followers JM^a Esquerdo and his disciple Jaime Vera López. In this work, we will be dealing with the latter.

Beyond his clinical work, Vera was known for conducting forensic expert reports in high-profile cases and above all for his intellectual role in Spanish politics. He was indeed one of the promoters of the creation of the Spanish Socialist Workers Party (PSOE).

Key words: Jaime Vera López, spanish psychiatrists, Madrid psychiatric school, PSOE origins, Galeote's psychiatric expertise, Martín-Larios' psychiatric expertise, Mr. Nilo's psychiatric expertise.

Más allá de las previas y necesarias figuras aisladas, los orígenes de la Psiquiatría española se sitúan en la segunda mitad del siglo XIX, con una mayor influencia de los psiquiatras catalanes, siendo J. Giné y Partagás (1836-1903) y A. Galcerán Granés (1850-1919) sus **máximos** representantes. Secundario, pero también importante, fue el papel desarrollado por los profesionales madrileños, liderados en su inicio por P. Mata Fontanet (1811-1877) y cuyos continuadores fueron J.M^a Esquerdo Zaragoza (1842-1912) y el discípulo de este, J. Vera López¹⁻³.

Nuestro autor nació en Salamanca un 20 de marzo, pero para unos lo hizo en 1858³⁻⁵ y para otros en 1859⁶⁻¹². Era hijo de Nieves López y del escritor y periodista republicano soriano Rafael Vera López (1832-?), hombre ilustrado y progresista, que llegó a ser Tesorero General y jefe superior de Estadística de Filipinas durante la I República⁷. Al menos tuvo un hermano, Vicente (1855-1934); doctor en Ciencias, periodista y también implicado en los orígenes del PSOE, a la vez que socio fundador de la Institución Libre de Enseñanza⁷.

Jaime Vera realizó la educación primaria en el madrileño "Colegio Internacional", fundado por los krausistas en 1866, y el bachillerato en el instituto San Isidro de Madrid, donde obtuvo diversos premios tanto en Letras como en Ciencias^{4,7-11}. En octubre de 1873, con tan solo quince años de edad (creemos que esto refuerza la tesis de que naciera en 1858), comenzó la carrera de Medicina⁷. En el primer año un compañero suyo, Alejandro Ocina, le facilitó el contacto inicial con los textos marxistas, leyendo –según las

propias palabras de Vera– el Manifiesto del Partido Comunista, de Marx y Engels, sobre la mesa de disección en la que estudiaba Anatomía^{6,7,10,11}. Durante el curso 1876-1877 interrumpió los estudios para realizar un largo viaje acompañando a su padre alrededor del mundo, sin presentarse a ninguna asignatura ese año, pero adquiriendo amplios conocimientos sobre el latín, griego, inglés y francés^{4,7,11}. Tras este viaje se integró, en 1877, en un pequeño grupo de militantes marxistas que había conocido a través de Ocina y que supuso el germen de lo que más adelante daría origen al Partido Socialista, cuestión de la que nos ocuparemos posteriormente⁷⁻¹¹. En septiembre de 1878 y ante una crisis económica familiar solicitó una beca de estudios en la Facultad de Medicina, por carecer de recursos^{7,11}, siendo el primero o uno de los primeros "pensionados" de la Facultad. Tras obtener la misma y numerosos reconocimientos en la carrera, se licenció con sobresaliente y premio extraordinario el 23 de junio de 1879⁷. Uno de los premios durante la Licenciatura se lo había otorgado uno de sus maestros, el famoso alienista y político J.M^a Esquerdo Zaragoza, quien le ofreció también el puesto de jefe médico en su sanatorio privado de Carabanchel, fundado en 1877 y donde Vera permaneció trabajando un breve tiempo tras licenciarse^{4,7,11,13}. Algún autor⁶ señala que P. Mata, catedrático de Medicina Legal en Madrid y líder de la escuela psiquiátrica madrileña inicial, como hemos señalado, fue otro de sus maestros, pero esta afirmación nos parece poco probable –al margen de que es la única referencia que hemos encontrado sobre ello–, fundamentalmente porque Mata había

retomado la cátedra universitaria en 1873 (previamente estuvo dedicado sobre todo a la actividad política) pero sufrió una severa apoplejía en 1874, que le llevó a su jubilación docente y Vera había comenzado su carrera en 1873¹⁴.

En junio de 1890 presentó su tesis doctoral titulada "*Ligeras consideraciones clínicas sobre la parálisis general progresiva de los enajenados*"; consistente en un estudio sobre 32 pacientes procedentes de dicho sanatorio. El original, escrito a plumilla en 37 páginas, se conserva en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y el mismo año de su lectura fue impresa con un prólogo del propio Esquerdo, con el título "*Estudio clínico de la parálisis general progresiva de los enajenados*" (Madrid: Moya y Plaza Ed. 1880). No fue el primer estudio de la enfermedad en España, pero si el primer texto monográfico español sobre la misma¹³. Entre 1883-1884 fue Secretario 1º de la sección de Ciencias Naturales, Físicas y Matemáticas del Ateneo de Madrid¹⁵, aunque varias fuentes señalan que el nombramiento fue en 1884^{4,7,11}. Este último año –para otros fue en 1885⁴– superó unas oposiciones al Hospital Provincial de Madrid –para unos con el primer puesto⁶, para otros con el segundo⁷, pareciendo más probable esto último, a tenor de la información que se aporta al respecto–; encargándose luego del departamento de "Dementes"^{12,16}; cargo que desempeñó oficialmente hasta su muerte y donde desarrolló varios cursos sobre temas psiquiátricos, a la vez que puso en marcha, a partir de 1890, un gabinete electroterápico por el cual llegó a ser felicitado oficialmente por el ministro Eduardo Dato¹⁷. Uno de los asistentes al departamento de "Dementes", en la época de Vera, fue el neuropsiquiatra Miguel Gayarre, del que nos hemos ocupado en otro lugar¹⁸.

Todo ello fue compaginado con el ejercicio de la medicina privada durante años, al parecer con mucho éxito; aunque quizás resulte excesivamente encomiástico el recuerdo que de esto nos transmite don Gregorio Marañón: "...Vera, de inteligencia y capacidad aprehensiva prodigiosa, supo lo preciso para poder ser un hombre mágico. Porque fue, sobre todo eso, un mago; de aquellos que curaban con su sola presencia a los fascinados pacientes; que a veces tenían que esperar, sentados en la escalera, hasta el amanecer

para ser vistos por el maestro; pues para Jaime Vera, de conducta anárquica y genial, no existieron jamás ni el reloj ni el calendario..."¹⁹.

Sin embargo, escribió pocos textos médicos. En 1879 se publicó su primer trabajo titulado "*Manía aguda, congestión meníngea consecutiva afectando a su periodo terminal la forma de delirio de persecución. Curación*"³. Posteriormente publicó la tesis doctoral y unas amplias reseñas de las conferencias que sobre las enfermedades mentales había dictado Esquerdo, bajo el título "*Locos que no lo parecen*" (1880)^{3,4,7} y en 1882 "*La función de los de los conductos semi-circulares*", que resultó un estudio experimental donde analizó la capacidad de orientación de las palomas mensajeras, a las que había destruido los canales semicirculares; relacionando algunas alteraciones encontradas con el vértigo de Ménière en los humanos³. Más tarde escribió "*Nota sobre las funciones del cerebelo*" (1889), en la "Revista Clínica de Hospitales" fundada por Esquerdo, que se mantuvo activa entre 1889-1891 y en la cual Vera fue Redactor⁷. Finalmente, a lo largo de su vida y en diversos periódicos, la mayor parte de ellos no-médicos, dio luz a varios artículos de divulgación psiquiátrica, como por ejemplo los titulados "*El doble suicidio en el Parque del Oeste. Las hebefrenias*" (1916)^{3,7} o "*La locura en los niños*" (1916)²⁰.

Al margen, entre 1887 y 1891, Vera fue autor de los artículos de la sección de Ciencias Médicas en el Diccionario Enciclopédico Hispanoamericano de Montaner y Simón, en el cual también colaboró su hermano Vicente; éste en la sección de Ciencias Físicas y Naturales⁷. Un excelente y detallado análisis de estas aportaciones está realizado por Rey y Jordá²¹.

No obstante, la mayor parte de los escritos en los medios de comunicación fueron de índole política y en el ámbito de nuestra especialidad resultó mucho más conocido por sus peritajes psiquiátricos, debido a sus amplios conocimientos en los aspectos legales y forenses de la materia⁷. Quizás el más famoso de ellos fue el del "*Cura Galeote*", donde formó parte del equipo médico de la defensa, junto a L. Simarro (1851-1921) y JM² Escuder, este último seguidor también de JM² Esquerdo²²⁻²³. El tema tuvo su interés no solo por el peritaje, sino porque mostró cuál era la visión

que se tenía entonces de la Psiquiatría, especialmente en los tribunales de justicia con el relativo enfrentamiento entre los alienistas y los juristas de la época. Uno de los mejores análisis de la situación se lo debemos a Campos Marín²², quien piensa que el desarrollo del juicio y los razonamientos expuestos por las dos partes pusieron en evidencia que no se estaba juzgando exclusivamente a Galeote, sino que también se cuestionaba legitimar el sistema judicial, siendo Galeote el instrumento del conflicto. En realidad, y como fondo, se dirimían posiciones divergentes sobre la enfermedad mental, el libre albedrío y que profesionales debían decidir sobre dichas materias. Cayetano Galeote Cotilla, un cura de 47 años natural de Vélez-Málaga, disparó tres tiros, delante de la catedral de San Isidro, al primer obispo de Madrid-Alcalá, Narciso Martínez Izquierdo, el 18 de abril de 1886 –festividad del domingo de Ramos– quien falleció al día siguiente. El obispo había sido, además, diputado y senador carlista en varias legislaturas. El cura era un capellán que convivía en Madrid con una mujer de 33 años, de la que decía ser su huésped. Unos meses antes del asesinato, comenzó a sentir que el rector de su capilla le menospreciaba y no respondía a sus saludos. Galeote le escribió varias cartas, haciéndole ciertas reclamaciones e insultándole. A consecuencia de esto fue separado de su cargo, lo que motivó que se sintiera más ofendido y deshonorado, optando entonces por escribir al obispo, reclamándole a este la reposición del daño y una indemnización económica. Rechazó varios puestos, peor remunerados que los que el tenía, y continuó enviándole cartas, la última de ellas, unos días antes de dispararle²²⁻²³.

Durante el proceso, dos de los más famosos neuropsiquiatras de la época, Luis Simarro y José M^ª Escuder, defendieron la irresponsabilidad de Galeote, basándose en la “Teoría de la degeneración” –de moda entonces en Francia sobre todo gracias a Valentín Magnan, antiguo maestro de Simarro–, y consideraron que padecía una “paranoia primaria persecutoria”. El tercer psiquiatra, Jaime Vera, no menos famoso, también testificó señalando alteraciones mentales en el acusado, pero con un informe más psicológico que los dos anteriores y en el que se señalaba que “la enfermedad de Galeote tenía dos elementos: el impulsivo que le priva de libertad de acción y el delirante que le priva de discerni-

miento en aquellas acciones que tienen conexión inmediata con el tema de su delirio, concluyendo que padecía un “caso típico de delirio de grandezas en incubación y un caso, acabado, del delirio de persecución”²². Por el contrario, los peritos forenses nombrados por el Tribunal –salvo uno de ellos, el doctor Bustamante, que también apoyó la teoría de la degeneración y la paranoia– consideraban que el cura estaba cuerdo y era responsable de sus actos. La Fiscalía solicitó la pena de muerte, argumentando dos cuestiones principales: por un lado, señaló la “debilidad” de los peritajes y el escaso cientifismo de la Psiquiatría y, por otro lado, estableció una lectura legalista del Código Penal que imposibilitaba interpretar los peritajes como determinantes de la irresponsabilidad del reo. Asimismo, el fiscal emitió numerosas opiniones descalificando la capacidad científica de nuestra especialidad, e incidió en su carencia de suficientes conocimientos para establecer la responsabilidad moral sobre un individuo, señalando que, de hecho, “los principales frenópatas no están de acuerdo entre ellos sobre teorías que son esenciales...”²² (no creemos que, en esto, las cosas hayan variado mucho en la actualidad). Además, parece que el propio Galeote se empeñó reiteradamente en defender su cordura, alegando que en los exámenes periciales no se le había dado la posibilidad de refutar la opinión de los médicos²².

No nos resistimos a comentar una anécdota sobre este juicio reseñada de manera idéntica por Morato⁶, Saborit¹⁰ y por Campos²²: “...Tan elocuente, tan ardoroso fue el informe del doctor Vera, que se dio un caso nunca visto en estrados: el reo Galeote, hombre de una hercúlea constitución, no pudo contenerse, y lanzándose hacia el joven doctor, lo alzó en sus brazos robustos, como quien alza una pluma, y lo paseó triunfalmente alrededor de la sala, en medio de la estupefacción de todos”. (Morato, 1918, pág. 45; Saborit, s/f. pág. 170; Campos, 2003. pág. 133).

El caso es que el 9 de octubre de 1886 Galeote fue condenado a muerte, pero, meses después y durante su estancia en prisión, tuvo un cuadro progresivo de agitación y otras alteraciones psíquicas que motivaron una reevaluación de su estado clínico, interviniendo seis forenses, los cuales señalaron que Galeote padecía un “delirio persecutorio”. El fiscal ordenó que el informe

fuera estudiado por la Real Academia de Medicina la cual dictaminó, en diciembre de 1887, que padecía “*monomanía de persecución en su tercer periodo, o sea cuando se despiertan ideas de ambiciones y de soberbia y exagerado orgullo, que señalan el imperio absoluto de la subjetividad...*”²². Finalmente, el cura ingresó en 1888 en el manicomio de Leganés, lugar donde falleció en 1922, tras 34 años de ingreso²²⁻²⁴.

Otro famoso peritaje en el que también intervinieron juntos los tres colegas mencionados y cuya opinión finalmente prevaleció, fue el llamado caso de “*Martin Larios*”, que ha sido ampliamente estudiado en nuestro ámbito por García García²⁵⁻²⁶. Se trataba de un viudo malagueño, de aristocrática y muy adinerada familia, que se volvió a casar, esta vez en secreto, el 19 de noviembre de 1887. A causa de ello su madre y su hermano, temiendo por la pérdida del patrimonio – cifrado en 34 millones de pesetas de la época –, iniciaron un proceso para incapacitarlo legalmente, acusándole de numerosos comportamientos extravagantes, entre ellos el matrimonio. El asunto se hizo relativamente público, no solo por la fama local del personaje y los altísimos importes económicos que se manejaron en el proceso, sino porque en la pericial contraria participó, entre otros, el insigne Jean-Martin Charcot, mundialmente conocido por sus aportaciones sobre la hipnosis y la histeria y expresamente traído por la familia desde su Cátedra de Neurología en la Salpêtrière (París) para peritar en el proceso^{23,25-26}. Con fecha 10 de septiembre de 1888, los doctores Escuder, Vera y Simarro presentaron un informe, de 45 páginas, después de visitar a D. Martín durante 18 días, señalando en el mismo, tras rebatir todos los informes presentados por la parte contraria, que “*D. Martín Larios y Larios se halla actualmente en el pleno uso de razón*”²⁵⁻²⁶. Como hemos señalado, la sentencia fue favorable y parece que Martín Larios junto con su nueva esposa, Pilar de León, se instaló en su palacio de Villahermosa de Madrid, actual sede del museo Thyssen²³.

Vera también intervino como perito, junto a Nicolás Achúcarro (1880-1918) y Esquerdo Dale (¿hijo de JM^a Esquerdo?), en el caso del famoso intento de asesinato del rey Alfonso XIII a manos del anarquista Rafael Sancho Alegre, el 13 de julio de 1913²⁷⁻²⁹. En esta ocasión y pese a informar

Vera sobre una enajenación mental por epilepsia y monomanía²⁹, el reo fue condenado a muerte el 9 de julio de mismo año por la Audiencia Provincial de Madrid, si bien el propio Rey le conmutó la pena por cadena perpetua y aunque estuvo preso – primero en el penal de El Dueso y luego en el de Figueras –, acabó saliendo de prisión en 1931 con la llegada de la República^{7,28}.

Finalmente, otro peritaje por el que Vera fue conocido fue el llamado “*Crimen de don Nilo*”, llamado así por nombre del asesino; y que Vera realizó unos meses antes de fallecer. El caso incluso originó una novela años después, en 1929, y ha sido brillantemente analizado en un artículo de Rey y Jordá³⁰. Se trató del asesinato de don Manuel Ferrero Gallego por parte de don Nilo Aurelio Sainz de Miguel. Don Manuel había viajado a Madrid en junio de 1916 con la intención de adquirir un viejo molino sito en el pueblo zamorano de Pozuelo de Tabara, donde residía. Y necesariamente tenía que entrevistarse con don Nilo, no solo porque este era quien desempeñaba en Madrid las funciones de administrador del primero, sino porque también era el representante del Sindicato de maquinaria agrícola, propietaria del molino. El caso es que don Manuel desapareció sin dejar rastro y varios familiares, incluso también don Nilo, denunciaron su desaparición. Finalmente se descubrió, tras curiosos avatares, que don Nilo – incluso quizás ayudado por uno de sus hijos, que finalmente fue exculpado – había matado a don Manuel, tras golpearle numerosas veces con un objeto punzante en la cabeza; presumiblemente para robarle el dinero con el que iba a pagar el molino. Una vez en la cárcel y pendiente de juicio, que probable acabaría con una sentencia de pena de muerte, don Nilo se dedicó a leer con fruición la ley de Enjuiciamiento Criminal y más tarde comenzó a presentar alteraciones psicopatológicas. Tras el informe de los forenses, el sujeto fue trasladado para su estudio a la sala de observaciones del Hospital Provincial de Madrid, donde fue atendido por el doctor Francisco Huertas; mientras que en los medios se transmitía tanto la opinión de que don Nilo era un simulador, como que podía ser un enfermo mental³¹. En este contexto se encargó un informe médico-legal a Jaime Vera, Ricardo Pérez Valdés y Francisco Huertas G. del Campillo (si bien finalmente el

informe fue firmado también por los doctores Sandoval, Termes, Segarra, Méndez del Caño y Serrano Olano), que se publicó en noviembre de 1917, redactado por Vera y que concluía que don Nilo era “...*actualmente un enajenado de forma demencial...*”. El juicio comenzó a celebrarse en junio de 1918 (Vera falleció en agosto del mismo año) y a pesar del informe don Nilo fue condenado a muerte; aunque no fue ejecutado porque finalmente falleció en la cárcel³⁰.

Pero, fundamentalmente, Vera destacó en la política dentro del movimiento socialista, siendo considerado como un intelectual al servicio de la clase obrera⁵. Hacia 1868 había en España dos núcleos organizados muy relacionados con la Asociación Internacional de los Trabajadores, desarrollada fundamentalmente en su origen (1864) –aunque luego se escindió– por C. Marx, F. Engels y M. Bakunin: el de Madrid, compuesto fundamentalmente por obreros, y el de Barcelona, en el que también había médicos, abogados, estudiantes y artistas. En conjunto, el núcleo de Barcelona era entonces superior al de Madrid en cuanto a capacidad organizativa³² y sin embargo, fue principalmente el grupo de Madrid quien acabó pilotando el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), básicamente a través de Pablo Iglesias, quien comenzó a ser más conocido en el ámbito de la organización obrera a raíz de haber sido elegido, hacia 1874, presidente de la Asociación General del Arte de Imprimir, la cual estaba formada, entre otros, por varios tipógrafos pertenecientes a la Internacional Socialista³².

Como ya hemos señalado, desde 1877 Vera militó en núcleos marxistas, participando con el sobrenombre de “Chisterilla”^{5,6} en las tertulias de los cafés “Brillante” y “Lisboa”, durante las cuales se comenzó a gestar la constitución de un partido socialista y obrero^{5,7,32}. Vera acudió a la reunión fundacional del Grupo Socialista Madrileño, celebrada el 2 de mayo de 1879 con un banquete denominado “Fraternidad Internacional”, en una modesta fonda de la calle Tetuán¹⁰. En dicha reunión fue elegido, junto a Pablo Iglesias, Victoriano Calderón, Alejandro Ocina y Gonzalo Zubiaurre^{6,7,10,32} para formar parte de una comisión que quedaba encargada de redactar el programa y las bases de organización de un partido socialista y obrero. Pero por diversos motivos –entre ellos, sus estudios⁶– no partici-

pó en las reuniones de la comisión, ni acudió (al parecer por estar enfermo) a la reunión del 20 de julio de 1879, donde se aprobó el primer programa y las bases de organización del grupo socialista madrileño, que en 1881 se convirtió en la Agrupación Socialista Madrileña^{7,10}. Años más tarde, esta agrupación intervino, a través de Antonio García Quejido, Pablo Iglesias y Jaime Vera, en la Comisión de Reformas Sociales^{7,9,10}, creada por el ministro Segismundo Moret en 1883, para “*el estudio de las cuestiones que interesan á la mejoría o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales y que afectan á las relaciones entre el capital y el trabajo*”³³. Vera redactó y sufragó los gastos⁶ del luego famoso “Informe”, fechado el 1 de diciembre de 1884 como informe anónimo⁶ de la citada Agrupación y titulado: “*El Partido Socialista Obrero ante la Comisión de informe sobre el estado y necesidades de la clase trabajadora y las relaciones entre el capital y trabajo*”³⁴, cuya primera edición se publicó al año siguiente^{6,7,9} ya con el nombre de su autor, en la “Biblioteca El Socialista”⁶, y que fue considerado durante muchos años el mejor texto marxista del socialismo español y desde luego el primero de relevancia^{5,7,9}.

Nuestro autor era partidario de la integración con los republicanos y por ello discrepó de las bases del partido, aprobadas en enero de 1886 junto a la fundación oficial del diario “El Socialista”; manteniéndose alejado del mismo unos años por diferencias con Pablo Iglesias y otros correligionarios. Vera quería colaborar con quienes defendiesen objetivos similares, mientras que Pablo Iglesias y muchos otros, tenían una idea más radical y de independencia respecto a los que consideraban “burgueses”, como los republicanos^{7,10}. Sin embargo, años más tarde, Iglesias fue elegido diputado por primera vez gracias a una coalición con estos partidos, como veremos después.

En el año 1887 había agrupaciones socialistas en veintiocho poblaciones españolas, cuyo órgano de relación básico era el diario “El Socialista”, dirigido fundamentalmente por Pablo Iglesias, quien también se encargaba de mantener correspondencia con los diferentes grupos³². En 1888 se produjo la fundación del PSOE a escala nacional, durante un congreso celebrado en el mes de agosto en Barcelona, a instancias de la

agrupación madrileña^{7,32}. Tras el mismo se decidió que el Comité Nacional debía de residir en Madrid y fueron nombrados Presidente: Pablo Iglesias; secretario: Francisco Diego (tipógrafo); tesorero: Francisco Carrasco (encuadernador) y vocales: Mariano Rodríguez y Antonio Atienza, ambos tipógrafos³².

Vera, alejado hasta entonces del partido y oficialmente dado de baja en el mismo al no haber pagado unas cuotas, supuestamente por un error o malentendido^{6,7}, volvió a la vida activa del PSOE, en febrero de 1890, tras triunfar la socialdemocracia en Alemania^{5,7}. La primera participación electoral del PSOE fue en 1891 y J. Vera realizó el manifiesto electoral^{6,7,10,32}. Desde entonces y hasta 1916 fue candidato socialista a todas las elecciones generales que se celebraron: por Guadalajara en 1891; por Madrid en 1893; por Madrid, Alicante-Elche y La Coruña en 1896; por Madrid, Almería, Burgos, Elche, Orense y Santiago de Compostela en 1898; por Madrid, Valladolid, Baracaldo y Balmaseda (Bizkaia) en 1899; por Madrid, Almería, León y Valladolid en 1901; por Madrid, Castellón, La Coruña, León, Valladolid y Puerto de Santa María (Cádiz) en 1905; por Barcelona, Almería, Puerto de Santa María y Campillos (Málaga) en 1907; por Viator (Almería) en 1910; por Sevilla en 1914 y por Badajoz en 1916⁵.

A pesar de tanto movimiento, nunca consiguió ser elegido, si bien y excluyendo Madrid, parece que realmente prestaba su nombre para completar las listas electorales en los lugares que hiciera falta^{6,7}.

También asistió, acompañando a Pablo Iglesias, al Congreso de la Internacional Socialista celebrado en Londres en 1896 y fue designado para representar a la Agrupación Socialista de Zaragoza en el V Congreso del PSOE en 1899, pero no pudo participar en las sesiones del mismo por sus enfermedades⁵. Antes hemos señalado que el principal motivo del alejamiento del partido por parte de Vera fue su discrepancia con Pablo Iglesias y otros, en 1886, respecto a la colaboración con otros partidos. Sin embargo, en 1909 se produjo la primera coalición entre los socialistas y los partidos republicanos, liderada por el novelista Benito Pérez Galdós, pero el principal representante de uno de estos partidos, el Partido Republicano Progresista, era entonces JM^a

Esquerdo², el maestro de Jaime Vera y gracias a esta coalición Pablo Iglesias fue elegido el primer diputado nacional del PSOE, en las elecciones generales de 1910³⁵.

En 1912, aunque se encontraba casi ciego desde hace años^{6,7,10}, aceptó el ofrecimiento de la “Escuela Nueva” fundada por Manuel Núñez de Arenas en el año 1910, en la cual se incorporó a sus actividades docentes y llevó su representación al IX Congreso del PSOE en 1912 y al X Congreso en 1915⁶; a este último ostentando también la representación de la Agrupación Socialista de Madrid⁵. Su última acción política fue mostrar su apoyo y solidaridad con los compañeros socialistas encarcelados con motivo de la huelga general del verano de 1917⁷.

Como hemos señalado, padeció una importante ceguera los últimos años de su vida. Giménez-Roldan señala que la misma era total desde 1912 y que es probable que Vera padeciera la enfermedad de Parkinson³. Por su parte, el periodista y diputado socialista Tomás Álvarez Angulo señaló en sus memorias³⁶ que el uso (¿terapéutico?) de la morfina pudo precipitar la ceguera y la muerte de Vera, aunque no indica en que datos basó esta hipótesis: “...Don Jaime Vera, una eminencia médica a quien tratamos cuando se hallaba en todo el esplendor de su fama, murió ciego a consecuencia, según se dijo, del abuso de la morfina...”³⁶, anécdota recogida también por otros autores¹⁰.

El doctor Eleizegui, médico y periodista, a la par que amigo suyo, le realizó una entrevista que publicó en 1913³⁷, hablando ya de una enfermedad y en 1915 circuló el rumor de su fallecimiento; el cual se produjo finalmente el 19 de agosto de 1918, con 60 años de edad, al parecer de una afección cardíaca recrudescida, según informó el diario “El Socialista” el mismo día del óbito³⁸. Fue enterrado en el cementerio civil de Madrid y años más tarde, el 10 de mayo de 1929, se exhumaron sus restos para trasladarlos a un mausoleo que había construido E. Barral, a través de la Agrupación Socialista Madrileña, y que está situado cerca de las tumbas de sus colegas Luis Simarro y Pío Baroja^{10,39-40}.

Apenas hemos encontrado nada referente a su vida personal, más allá de que durante años fue

el médico personal de Pablo Iglesias⁵ y que se inició en la Masonería a finales de 1917, poco antes de fallecer, formando parte de la logia “HispanoAmericana” de Madrid⁵. También que los últimos años los vivió en la madrileña calle León, junto a su hija Blanca (¿-1927) y una nieta^{7:10}. No parece que tuvo más hijos, pero no hemos logrado confirmarlo, ni saber quien fue su esposa.

Hemos sabido que, de manera póstuma, Jaime Vera tiene una calle con su nombre en Madrid, ubicada en el distrito de Latina y otra en la ciudad de Salamanca, aunque este Ayuntamiento propuso sin éxito su retirada en 2010⁴¹. Asimismo, actualmente un colegio público de Torrejón de Ardoz lleva su nombre, al igual que un instituto y un colegio, ambos en el barrio de Tetuán madrileño; como también lo hacen un Centro de Salud en Coslada, otro de Leganés y el Centro Municipal de Talavera de la Reina. En junio de 2019, el Ateneo de Madrid, de cuya institución había sido secretario de la sección de Ciencias,

le rindió un tardío homenaje⁴². También dentro del PSOE existe (o existió)⁴³ una Fundación llamada Jaime Vera; en 2006 se creó la “Cátedra de Ciencias Sociales Doctor Jaime Vera” en la Universidad de Zaragoza⁴⁴ y en 2008 la “Cátedra Dr. Jaime Vera de Emprendimiento Social”, en la de Santiago de Compostela⁴⁵.

Finalmente, y como curiosidad señalamos que en Madrid han existido al menos dos esculturas muy similares como homenaje a Vera, que llegan a hacer pensar si su origen pudiera ser el mismo. Parece que tras su muerte se colocó una placa en la casa donde falleció⁴⁶ (así constaba en el texto de la misma), pero JJ Castillo⁷ señala que la misma fue “arrancada” tiempo después. Hemos encontrado la foto de una placa muy similar y con distinta lectura, situada en un centro educativo que lleva su nombre. Se colocó el 9-3-1987, con la inscripción “*recuperada siendo Alcalde de Madrid el Excmo. Sr. D. Juan A. Barranco*”⁴⁷.

Contacto

Dr. Luis Pacheco Yáñez ☎ 946 006 920 ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus
Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza • c/ María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Gracia Guillén D. *Medio siglo de Psiquiatría española: 1885-1936. Cuadernos de Historia de la* <http://digital.csic.es/bitstream/10261/159962/3/Elaborando%20doctrina.pdf>
2. Huertas R. *Elaborando doctrina: Teoría y retórica en la obra de José María Esquerdo (1842-1912)*. FRENIA. 2003; III-2: 81-109. Disponible en: S.A. 1977. págs.: 39-41.
3. Giménez-Rodán S. *La parálisis general progresiva en 1880: Jaime Vera y su obra neuropsiquiátrica*. Neuroscience and History. 2016; 4,3: 83-93. Disponible en: http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N3201683_93ES.pdf
4. Rey González A. *Vera y López Jaime*. En: *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*. JM^a. López-Piñero, T. Glick, V. Navarro, E. Portela (eds). Vol. 2 (M-Z). Barcelona: Ed. Península. 1983. págs.: 407-408.
5. Fundación Pablo Iglesias. *Jaime Vera López*. Diccionario Biográfico del Socialismo Español. s/f. (¿2011?). Disponible en: https://fpabloiglesias.es/entrada-db/2533_vera-lopez-jaime/
6. Morato JJ. *Jaime Vera y el socialismo*. Madrid: Tipografía de Torrent y Compañía. 1918. Disponible en: <http://bdh.bne.es/bnearch/CompleteSearch.do?showYearItems=&field=todo&s&advanced=false&exact=on&textH=&completeText=&text=jaime+vera&pageSize=1&pageSizeAbrev=30&pageNumber=6>
7. Castillo Alonso JJ. *Ciencia y proletariado. Escritos escogidos de Jaime Vera*. Madrid: EDICUSA (Editorial Cuadernos para el Diálogo S.A.). 1973.



8. Contreras Casado M. *Jaime Vera y López*. Real Academia de Historia. 2018. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/15561/jaime-vera-y-lopez>
9. León Sanz P. *Profesión y asistencia médico-farmacéutica en los escritos de Jaime Vera (1859-1918)*. DYNAMIS. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 2006; 26: 169-193. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/28661>
10. Saborit A. *Apuntes históricos. Pablo Iglesias, PSOE y UGT*. s/f (probablemente hacia 1967). Disponible en: <https://www.argumentossocialistas.org/documentos/libros/76-apuntes-historicos-pablo-iglesias-psoe-y-ugt>
11. Valenciano Gayá L. *Jaime Vera*. En: *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Ed. Morata Medicina Española. 1971; X: 305-339. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/consulta/registro.cmd?id=1090&formato=ficha&aplicar=Aplicar>
12. Biblioteca Complutense. *Médicos Históricos. Vera López, Jaime 1859-1918*. Universidad Complutense de Madrid. s/f. Disponible en: http://webs.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=1585
13. Villasante Armas O. *La introducción del concepto de "Parálisis General Progresiva" en la Psiquiatría decimonónica española*. Asclepio. 2000; 52, 1: 53-72. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/188/184>
14. López Fernández M^{añ}N. *La Psicología en la obra de Pedro Mata y Fontanet*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad. Acta Histórico-Médica Vallisoletana. 1992.
15. Ateneo Científico, Literario y Artístico de Madrid. *Cargos históricos del Ateneo de Madrid. 1835-1936. Relación alfabética de cargos*. Informe elaborado por el Archivo del Ateneo de Madrid. 2016. Disponible en: <https://www.ateneodemadrid.com/Archivo/Guia-de-Fuentes/Juntas-de-Gobierno-y-Secciones/Relacion-alfabetica-de-cargos-Ateneo-1835-1936>
16. Villasante O. *Los viajes de los "dementes" del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil (1936-1939)*. *Revista de la AEN*. 2010; 30,108: 613-635. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/05.pdf>
17. Vera J. *Lo que Vera opina de la Electroterapia*. España Médica. 20/5/1913. 84: 2-3. Disponible en: [http://hemerotecadigital.bne.es/pdf/raw?query=parent%3A0005097704+type%3Apress%2Fpage&name=España+médica+\(Madrid.+1911\).+20-5-1913](http://hemerotecadigital.bne.es/pdf/raw?query=parent%3A0005097704+type%3Apress%2Fpage&name=España+médica+(Madrid.+1911).+20-5-1913)
18. Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936)*. *Norte de salud mental*. 2021; 17, 64: 123-129. Disponible en: https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2021/01/Norte-64_compressed.pdf
19. Marañón G. *Psiquiatras de España*. En: *Ensayos. Obras completas*. Tomo IX. Madrid: Espasa-Calpe. 1973. págs.: 82-88.
20. Vera J. *La locura en los niños*. *Hemeroteca. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1984; IV, 10: 261-263. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14738>
21. Rey A, Jordá E. *La aportación de Jaime Vera y López al Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de Montaner y Simón (1887-1890)*. En: *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la Historia desde el siglo XXI*. (David Simón, Chus Gómez, Alcira Cibeira y Olga Villasante, eds.). Actas IX Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN. Ourense, 4-6 de octubre de 2012. Madrid: AEN. 2013. págs.: 219-240. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/RAZON-LOCURA-Y-SOCIEDAD-final.pdf>
22. Campos Marín R. *Criminalidad y locura en la Restauración. El proceso del cura Galeote (1886- 1888)*. *Frenia*. 2003; 3,2:111-145. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/articulo/view/16396>
23. Giménez-Rodán S. *Degeneracionismo cerebral y alienistas españoles del siglo XIX: el cráneo y la fisonomía en peritajes judiciales*. *Neuroscience and History*. 2016; 4,1: 1-12. Disponible en: http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N120161_12ES.pdf

24. Martínez Azumendi O. *La denuncia psiquifotera del cura Galeote en 1912*. Blog Psiquifotos. 8/10/2012. Disponible en: <http://www.psiquifotos.com/2012/10/240-la-denuncia-psiquifotera-del-cura.html>
25. García García E. Informe médico-legal acerca del estado mental de D. Martín Larios y Larios. Emitido por los doctores Escuder, Vera y Simarro. Teoría neuropsicológica y modelo de evaluación. *Revista de Historia de la Psicología*. 2009; 30 (2-3): 107-113. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/10535/>
26. García García E. *El caso Larios (1888). Diagnósticos médicos contrapuestos e intereses económicos*. *Revista de Historia de la Psicología*. 2011;32,1: 33-54. Disponible en: https://eprints.ucm.es/12665/1/LARIOS_REVISTA_HISTORIA.pdf
27. Del Villar A. *Rafael Sancho Alegre, regicida frustrado y condenado*. Blog Hipólito. 10/7/2013. Disponible en: <http://fresdeval.blogspot.com/2013/07/rafael-sancho-alegre-regicida-frustrado.html>
28. Wikipedia. *Rafael Sancho Alegre*. 12/7/2020. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Rafael_Sancho_Alegre
29. La Vanguardia (Diario). *El proceso del regicidio*. 5/7/1913. Disponible en: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1913/07/10/pagina-10/33350039/pdf.html?search=regicidio>
30. Rey A, Jordá E. *Jaime Vera y el crimen de don Nilo*. Trabajos de Historia Social de la Medicina. s/f. (¿2011?). Disponible en: <http://www.historiasocialdelamedicina.es/archivo.html>
31. Mundo Gráfico (Revista). *La locura de Don Nilo*. 7/11/1917. Pág. 13. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002134202&search=&lang=es>
32. Morato JJ. *El Partido Socialista Obrero*. Transcripción y revisión ortográfica de Miguel Andúgar Miñarro, a partir de: Juan José Morato. *El Partido Socialista Obrero*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1918. Biblioteca Saavedra Fajardo de Pensamiento Político Hispánico. 2012. Disponible en: <https://www.saavedra fajardo.org/Archivos/LIBROS/Libro0789.pdf>
33. Moret S.: *Comisión para el estudio de las cuestiones que interesan á la mejoría o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales y que afectan á las relaciones entre el capital y el trabajo*. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal. 1884. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000093263&page=1>
34. Vera J. *El Partido socialista obrero ante la Comisión de informe sobre el Estado y necesidades de la clase trabajadora y las relaciones entre el capital y el trabajo*. 2ª ed. Madrid: Imp. J. Iglesias Sánchez. 1895. Disponible en: <http://bdh.bne.es/bnearch/Complete Search.do?sessionId=F69E3FF865796584FBC91A93CC0C9F58?visor=&text=&field1val=%22Vera%2c+Jaime%22&showYearItems=&field1Op=AND&numfields=1&exact=on&textH=&advanced=true&field1=autor&completeText=&pageSize=1&pageSizeAbrv=30&pageNumber=2>
35. Valenciano Gayá L. *José María Esquerdo*. En: *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Ed. Morata S.A. 1977. págs.: 38-39.
36. Álvarez Angulo T. *Memorias de un hombre sin importancia. (1878-1961)*. Madrid: Aguilar. 1962. pág.: 150.
37. De Eleizegui J. *Nuestros maestros. Jaime Vera*. *España Médica*. 20/5/1913. 84: 1-2. Disponible en: [http://hemerotecadigital.bne.es/pdf.raw?query=parent%3A0005097704+type%3Apress%2Fpage&name=España+médica+\(Madrid.+1911\).+20-5-1913](http://hemerotecadigital.bne.es/pdf.raw?query=parent%3A0005097704+type%3Apress%2Fpage&name=España+médica+(Madrid.+1911).+20-5-1913)
38. El Socialista (Diario). *Jaime Vera ha muerto*. 19/8/1918. nº 3309. Disponible en: <https://fpabloiglesias.es/wp-content/uploads/hemeroteca/ElSocialista/1918/8-1918/3309.pdf>
39. Jara J. *Jaime Vera López. Sepultura. Cementerio Civil de Madrid*. CdM. Cementerios de Madrid. [blogspot.com. s/f](https://cementeriosdemadrid.blogspot.com/s/f). Disponible en: <https://cementeriosdemadrid.blogspot.com/2013/06/jaime-vera-lopez-sepultura-cementerio.html>
40. Wikipedia. Anexo: *Tumbas en el cementerio civil de Madrid*. Disponible en: <https://>

es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Tumbas_en_el_cementerio_civil_de_Madrid

41. El Norte de Castilla (Diario). *El Ayuntamiento de Salamanca “borrará” del callejero al socialista Jaime Vera*. 8/2/2010. Disponible en: <https://www.elnortedecastilla.es/20100208/local/salamanca/ayuntamiento-salamanca-borrara-callejero-2010-0208-1843.html>
42. De Benito L. *Reflexiones sobre el homenaje a Jaime Vera en el Ateneo*. *Tribuna entreletras*. Junio. 2019. Disponible en: <https://www.entreletras.eu/index.php/tribuna/1347-ateneo-jaime-vera.html>
43. Romeu Martí F. *Reformar, informar y analizar. Recuperar la Fundación Jaime Vera del PSOE*. 11/12/2016. Blog de Francesc Romeu Martí. Disponible en: <https://www.francescromeu.es/2016/12/11/formar-informar-y-analizar-recuperar-la-fundacion-jaime-vera-del-psoe/>
44. Universidad de Zaragoza. *Las Cátedras Institucionales y de Empresa de la Universidad de Zaragoza*. 2011. Disponible en: <https://issuu.com/catedrasunizar/docs/librocatedras>
45. Universidad de Santiago de Compostela. *Cátedra Dr. Jaime Vera de Emprendemento Social*. s/f. Disponible en: <https://www.usc.gal/gl/catedras/jaimevera/>

46. Banco de Imágenes de la Medicina Española. *Placa del doctor Jaime Vera López por el escultor Antonio García Díaz*. Disponible en: <https://www.bancodeimagenesmedicina.com/index.php/banco-de-imagenes/2018-03-19-14-55-23/retratos/retratos/placa-del-doctor-jaime-vera-lopez-por-el-escultor-antonio-garcia-diaz-5541>

47. Wikimedia Commons. *Lápida en memoria de Jaime Vera López (1859-1918) colocada en la fachada exterior del CEIP Jaime Vera, en la Calle Bravo Murillo 162, Madrid (España)*. Disponible: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:JaimeVera-02.jpg>

Nota sobre la bibliografía: *Lamentamos no haber podido acceder a una monografía específica sobre Jaime Vera (que se encuentra agotada y que no hemos localizado) la cual, a buen seguro, nos hubiese aportado aspectos muy interesantes. No obstante, reseñamos la misma para facilitar las fuentes a otros posibles trabajos:* Pérez Landa E. Dr. Jaime Vera. Médico, ser humano. Un referente de nuestra convicción. Madrid: Fundación Jaime Vera. 2008.



Fotografía de J. Vera hacia 1915, con su habitual “txapela”. Obtenida de Wikimedia Commons. Disponible en: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Jaime_Vera,_Acción_Socialista.jpg

- Recibido: 05/02/2021.
- Aceptado: 24/05/2021.

Julian Paul Leff in memoriam (1938-2021)



El pasado 23 de Febrero, a la edad de 82 años, murió Julian Leff, pionero de la psiquiatría social e introductor de una innovadora técnica de tratamiento para los trastornos mentales graves. Había nacido en Londres el 4 de Julio de 1938 en el seno de una familia comprometida con los derechos de las personas, valores que trasladó a su trabajo como psiquiatra. Su familia materna procedía de Lituania desde donde su abuelo, Marcus, había emigrado al Reino Unido. Posiblemente influenciado por lo anterior Leff, siempre fue sensible a cuestiones relacionadas con la emigración y la vida familiar de las personas, padecieran éstas o no un trastorno mental. A lo largo de su vida profesional fue un firme defensor de los pacientes, sus familias y cuidadores. Su interés por investigar sobre estos asuntos constituye una piedra angular del trabajo en psiquiatría social.

Leff se formó en el Maudsley Hospital en Londres, donde se incorporó a la Unidad de Psiquiatría Social a la sazón dirigida por el profesor John Wing. Durante años trabajó junto con George

Brown y Jim Birley desarrollando proyectos sobre emoción expresada en familias y cuidadores de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, relacionándola con la recaída sintomática de éstos. Con motivo del cierre de dos hospitales psiquiátricos en el norte de Londres, profundizó en el estudio sobre la evolución de este trastorno en la comunidad, siguiendo la situación de 1.500 pacientes crónicos tras ser dados de alta. Continuando la obra de Wing fue nombrado director la Unidad de Psiquiatría Social del Instituto de Psiquiatría de Londres. Allí lideró diversos estudios epidemiológicos sobre la presencia de esquizofrenia en diferentes grupos étnicos y en diversos países del Caribe. En relación con el estigma también estudió las actitudes sociales ante la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos graves. Siguió siendo un inquieto investigador incluso después de retirarse. Ideó y desarrolló un original modelo de terapia, la conocida como Terapia de Avatar, que se ha mostrado efectiva en personas con alucinaciones verbales.

Su labor en el campo de la psiquiatría social fue reconocida con varios premios internacionales. En 1999 fue distinguido con primer premio Burgholzli por la Universidad de Zurich. En 2010 se le concedió el premio Marsh por su trabajo en Salud Mental y en 2015 fue distinguido como Honorary Fellowship, máxima distinción del Royal College of Psychiatrists británico. Finalmente en 2017 fue galardonado con el prestigioso Pelicier Lifetime Achievement Award de la asociación Mundial de Psiquiatría Social.

Su trabajo en la Unidad de Psiquiatría Social ejerció una notable influencia entre colegas y profesionales de todo el mundo que acudieron para trabajar con él. Siempre fue un generoso

Recopilado, traducido y adaptado de un texto de homenaje que tiene por autor al Profesor Dinesh Bhugra, Past President WPA (2014-2017).

compañero y mentor de investigadores, becarios y estudiantes a los que iluminó con sus enseñanzas y puntos de vista.

A Leff le gustaba cocinar y tocar el piano. Él y su esposa Joan ejercieron muchas veces como anfitriones de colegas y amigos en su casa de Hampstead. Tras su jubilación siguió estudiando música y participando en agrupaciones corales. Le encantaba nadar y jugar al squash con sus hijos. Se interesó por la serigrafía, la cerámica y la escultura; también llegó a practicar el diseño de piezas de joyería.

Su sentido del humor y su bonhomía le ayudaron, en sus últimos años, a sobrellevar una cruel enfermedad degenerativa. Su viuda Joan Raphael-Leff, con la que tuvo cuatro hijos, es una notoria psicoanalista y psicóloga transcultural. Julian Leff estuvo varias veces en nuestro país. En concreto hace algunos años acudió a Bilbao, invitado por el Hospital Psiquiátrico de Zamudio a una de sus jornadas anuales, donde impartió una conferencia en el Palacio Euskalduna.

Ander Retolaza

Referencias

Leff J (2005): *Advanced Family work for Schizophrenia*. Gaskell.

Leff J, Warner R (2006): *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge University Press.

Leff J: The historical development of social psychiatry. En Morgan C; Bhugra D. Eds. (2010): *Principles of Social Psychiatry*. 2nd Ed. Wiley-Blackwell. John Wiley & Sons Ltd. Pgs.:3-11.

Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. 1976 Jun;15(2):157-65.

Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*. 1976 Aug; 129:125-37.

Leff J, Williams G, Huckvale M, Arbuthnot M, Leff AP. Avatar Therapy for persecutory auditory hallucinations: What is it and how does it work? *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. *Psychosis*. 2014;6(2):166-76.



ACTUALIZACIONES



La vida en cuatro letras: Claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad.

Carlos López-Otín.

Edita: Ed. Paidós • Barcelona, 2019 (1ª edic.) • 237 págs.
ISBN: 978-84-493-3582-2

No hace falta presentar a Carlos López-Otín y menos en Asturias, donde es catedrático de Bioquímica y compagina su actividad docente con la investigación puntera en el ámbito de la genómica (sobre todo cáncer y envejecimiento) por la que ha sido múltiples veces premiado.

Las cuatro letras se refieren a la A, C, G y T (Adenina, Citosina, Guanina y Timina).

Escrito según el mismo relata en 28 días y 28 noches en plena crisis personal, y a modo de autoayuda para el autor.

Se trata más de un libro de divulgación sobre los diversos lenguajes ómicos (los expertos en el tema van aprender poco nuevo), un paseo por la biomedicina y las técnicas más punteras como la secuenciación de genomas, la reprogramación celular o la edición génica para plantearse sobre cuestiones más “humanistas” como la felicidad, la inmortalidad, la robótica la inteligencia artificial y preguntarse si el homo sapiens tiene un lugar en la evolución de la especie humana. Con constantes referencias a la literatura y a la música que en ocasiones es un hilo conductor. Llega a incorporar una play-list de obras musicales (Pág. 207-208) que el va escuchando en distintos momentos de esa crisis.

En el Prólogo escrito por el mismo autor, “*en plena eclipse del alma*”, a partir de la memoria selectiva y a modo de autobiografía hasta 2017 tras el acoso laboral y la infección y destrucción de su biotario de ratones (el trabajo de 20 años) donde perdió su “*Ikigay*” y le llevó a tratamiento psiquiátrico “*desconcertado, confundido y*

atónito” (Pág. 17) *enfrentado al Apocalipsis y la tristeza*” comienza este libro en total aislamiento en esa crisis.

Ya desde el primer capítulo describe *Sapiens y sentiens: Los campeones de la felicidad*, describe personas felices que se han estudiado (como Sammy Bassi, uno de sus pacientes) para desvelar la diferencia entre su esencia como *Homo sapiens sapiens* «educado en los misterios biológicos» y la conversión en un *Homo sientens sientens* (concepto de F Fros Campelo) que «siente que siente y se da cuenta de que está vivo». Duetto complementario para afrontar la aventura de la vida.

Para continuar con *las Letras de la vida, el sueño de una bacteria a la mente humana, las imperfecciones y los lenguajes de esa vida*, ese desciframiento del código molecular genético de 4 letras que se corresponde con las iniciales de sus componentes químicos concluye con 2 grandes lecciones: la existencia de un hilo conductor en la vida y la ausencia de un plan general en la naturaleza.

Desde el origen común de todos los seres que habitan la tierra desde hace 3800 millones de años cuando una bacteria tuvo el sueño de crear otra igual a sí misma y como estas sobrevivieron a la crisis ambiental tóxica mediante la cooperación y la formación de ATP mitocondrial se inicia el camino hacia la complejidad de los organismos pluricelulares. Del gen FOXP2, definido como el gen del lenguaje, a la apoptosis y los diversos lenguajes de la muerte celular y su éxito evolutivo.



Nos habla de su propia investigación, de su consulta de genómica, sus experiencias con pacientes, las mutaciones y los riesgos inherentes a la duplicación del genoma; las células stem y las diferentes pérdidas de armonía en el material genético con su fragilidad biológica.

Nos habla de los distintos lenguajes biológicos y ómicos que nos ayudan y escriben los instantes de la vida articulándose alrededor del genoma: varioma, epigenoma, metagenoma. Nos advierte del equivoco de asumir que nuestra maquina biológica de pensar garantiza el procesamiento de la información y olvidar que hay otras formas de procesarla que trasciende del funcionamiento cerebral y deriva de la utilización de los distintos lenguajes moleculares de la vida. Además de los tres primeros citados también están el proteoma, metaboloma, interactoma, degradoma, conectoma en una historia ómica casi interminable (Pág. 70).

Son variaciones de las 4 letras tomadas de 3 en 3 que permiten codificar los 20 aminoácidos esenciales que forman las proteínas donde empieza la síntesis de macromoléculas y los RNA mensajeros.

Termina el capítulo hablando del epigenoma del que dice (de una manera casi poética) *“El lenguaje epigenético sería algo así como la gramática o la ortografía del genoma, y surge a partir de cambios reversibles y dinámicos en lo que podíamos llamar la decoración química del ADN o de unas proteínas llamadas histonas que pliegan nuestro material genético para que pueda empaquetarse correctamente dentro de las células. El genoma almacena información, mientras que el epigenoma la organiza y en un nuevo paralelismo entre el mundo de las ciencias surge un diálogo gozoso y sinfónico entre lo micro y lo macro. Podemos imaginar que estos cambios epigenéticos actúan a modo de tildes, comas, diéresis o puntos que dan sentido gramatical al mensaje genético y reflejan el diálogo del genoma con el ambiente en el que se desarrolla la vida”* (Pág. 67). Capacidad de los cambios epigenéticos para modificar la expresión del genotipo en forma de metilaciones en el ADN o de modificaciones en las histonas que determinan que la información contenida en el genoma se exprese o no, que los genes se activen o inactiven, que hablen o queden en silencio.

De la lógica molecular de la enfermedad a los lenguajes de la felicidad pasando por los genes... ¿de la felicidad?

Un recorrido por las enfermedades “raras” hereditarias, las enfermedades de “novo” (nuevas mutaciones cuya incidencia va en aumento), las nuevas tecnologías para tratarlas que abren ante nosotros escenarios impresionantes aunque en ocasiones planteen dilemas éticos que deben ser abordados, como el caso de la controvertida opción de tener hijos de tres progenitores (ADN nuclear de la madre+ADN molecular del padre+ADN mitocondrial de un donante) aprobada por primera vez en 2015 en el Parlamento inglés

Parte preguntándose sobre la heredabilidad de la felicidad y la hipotética existencia de genes a ella asociados a partir de una revisión exhaustiva (mediante la técnica GWAS) de los estudios científicos que se han publicado en torno a las variantes génicas que influyen en ella o en el bienestar emocional.

Se repasan neurotransmisores conocidos, incluso algún antidepresivo para concluir con su particular e imperfecta” formula genómica de la felicidad y concluir que esta es un *“fenómeno estocástico”* resultado de la interacción exquisita y continua entre factores genéticos y ambientales.

Comienza diciendo que el debate entre genetistas y ambientalistas acerca del comportamiento humano no tiene sentido a la luz del conocimiento científico actual. Analiza las distintas sustancias químicas endógenas que tienen que ver con el bienestar emocional como los neurotransmisores conocidos hasta hoy y las hormonas (muchas de ellas neuromoduladoras) todas ellas influenciadas por el epigenoma y el microbioma lo que hace que la felicidad sea un proceso complejo y dinámico.

El azar y la felicidad (pp. 151-158)

Breve reflexión a partir de datos biográficos y de algún paciente sobre la aleatoriedad de la felicidad y su intangibilidad.

Homo sapiens sapiens 2.0 (pp. 159-177)

Fascinante repaso a distintos estudios desde programas informáticos, ideas visionarias

(como las de R Kurzweil), el proyecto “Blue Brain” del neurocientífico americano H Markran, el programa Libratus (póker) hasta distintos robots con emociones humanas (el Goostman primero en pasar el test de Turing, el androide Pepper hasta ahora el primer robot psicópata creado en MIT) hasta los experimentos de S Tonegawa (P Nobel 1987) sobre trasplantes de recuerdos y las posibilidades de la nanotecnología, que ayudaran a traspasar los límites de nuestra especie con el consiguiente riesgo de una biocracia como nueva forma de poder... *con progresión de híbridos hombre-máquina, y con el tiempo nuevas tribus de cyborgs, geborgs y silorgs ocuparán nuestras ciudades...* (Pág. 174)... *aparecerá sobre la Tierra una nueva especie, una especie que será el producto de la fusión del Homo sapiens y el Homo sentiens y su posterior transformación —por obra de la inteligencia artificial— en una entidad distinta, con capacidades y objetivos diferentes que alguien tendrá que empezar a definir: Será el Homo sapiens sentiens 2.0.* (Pág. 176).

Todo con la esperanza de que los avances del progreso no vayan solo en el ámbito del conocimiento si no también del sentimiento.

Las claves de la felicidad (pp. 179-201)

Mientras todo lo anterior suceda se plantea la obligación moral de seguir pensando desde un prisma humanista para mejorar la vida humana y citando la frase de J Prévert... *“reconocí la felicidad por el ruido que hizo al marcharse”*, pasa a describir lo que para el serían las cinco claves de la felicidad: imperfección, reparación, observación, introspección y emoción que va explicando una a una.

El arte de la Felicidad

Poco mas de una pagina para concluir desde *“la estación del tiempo rezagado”* (copiando el poema de Francisco Brines) que la “ciencia aproxima a la verdad, pero no tiene los secretos del arte de la felicidad”.

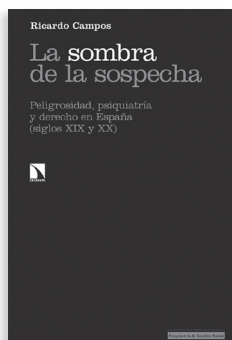
Resumiendo, un libro escrito con prudencia y rigor, apasionante, fácil de leer, que expone increíbles avances científico-tecnológicos, plantea utopías y dilemas éticos sin caer en el determinismo, ni en reduccionismos simplistas (que

otros pseudo científicos quieren hacer creer) para decirnos que la felicidad, como cualquier emoción humana es el resultado de la interacción exquisita y continua entre factores genéticos, ambientales y culturales donde la colaboración entre ellos es tan estrecha que en realidad son componentes inseparables de una misma ecuación.

Una lectura, que además de aportarnos muchos conocimientos a los no expertos en el tema, se entiende, se disfruta y recomiendo vivamente.

Acaba de salir un segundo libro del autor (se supone que va a ser una trilogía): **El Sueño del Tiempo. Un ensayo sobre las claves del envejecimiento y la longevidad** que me dispongo a leer y del que espero animarme también a hacer una reseña.

Ana-Esther Sánchez
Psiquiatra • Asturias, febrero 2021



La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX).

Ricardo Campos.

Edita: Los libros de la Catarata • Madrid, 2021

ISBN: 978-84-1352-197-8

Es un placer cultural saludar la aparición de este libro, un valioso aporte a los conocimientos de historia de nuestra disciplina desde la Edad Contemporánea, a partir de 1808 –cuando Napoleón Bonaparte, que gobernaba en Francia, invadió el país, el pueblo se sublevó y se inició la Guerra de la Independencia– hasta nuestros días. Escrito que supone un rico añadido al espacio de encuentro interdisciplinar –Ricardo Campos, su autor, es doctor en Geografía e Historia, investigador científico perteneciente al Instituto de Historia del Centro Superior de Investigaciones Científicas, actual presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y experto en historia de la salud pública y de la psiquiatría–. Nos ofrece el fruto de un trabajo histórico reflexivo, estructurado en torno a una introducción y 7 capítulos. El autor parte del informe de la Sección de Ética y Legislación de la AEN, de noviembre de 2013 –publicado entonces con el objeto de criticar duramente el proyecto de modificación del Código Penal, en relación a las medidas de seguridad contra una supuesta condición de delincuente de los enfermos, auspiciado por aquel Gobierno, en manos de las derechas de nuestro país–, para defender su tesis: “Desde hace más de 200 años, las relaciones históricas entre psiquiatría y derecho en España, y la consideración de las personas enfermas como peligrosas son una cuestión central que ha marcado profundamente el devenir de la psiquiatría como ciencia”. Así, la psiquiatría, desde sus orígenes –en la frontera del cambio de siglo, del XVIII al XIX–, se ha caracterizado por una fuerte implicación en las cuestiones de orden público.

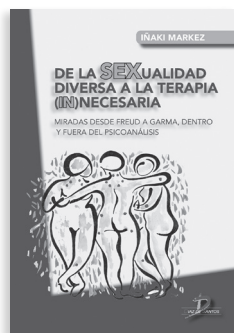
La consideración del enfermo como loco –recomiendo volver a leer *El ingenioso hidalgo don Quijote de La Mancha*, y *Los trabajos de Persiles y Segismunda*, ambos libros escritos en los siglos anteriores–, sucio, asesino, peligroso por naturaleza, ha impuesto en el ideario de los políticos, sanitarios y población general un prejuicio, una falsa idea, muy difícil de erradicar. Ésta: “El enfermo mental es un degenerado por naturaleza y un potencial delincuente sin capacidad de cura.” Dice el autor, que parte de dos preguntas: una, ¿por qué la psiquiatría propugnó la patología del crimen –la *fake news* de que todos los enfermos cometen siempre crímenes horribles por el triste hecho de serlo–; la otra, ¿cómo esta manera de pensar consiguió introducir en las leyes penales algunas de sus propuestas, que desplazan el estudio de los hechos cometidos por el infractor hacia la investigación de su personalidad. A través del análisis de los materiales que apoyan el prejuicio de peligrosidad del enfermo, el autor se centra, traza las continuidades y discontinuidades, recalca los aspectos ideológicos de los escritos, de las decisiones políticas que se tomaron desde el poder, y defiende los derechos humanos de los enfermos. Todo ello lo relaciona con el contexto histórico de cada período, los determinantes sociales, políticos y culturales. Así visibiliza la curva ascendente del desarrollo de la noción falsa de la peligrosidad, desde mediados de 1850 hasta 1978, cuando, con el advenimiento de *la transición*, se inicia el proceso de derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, que llegaría el día 23 de noviembre de 1995, con la promulgación del

Código Penal. Esos materiales que el autor ha trabajado con exhaustividad, incluyen escritos científicos médicos, psiquiátricos, criminológicos, jurídicos, prensa diaria, prensa especializada, leyes, obras literarias, expedientes de peligrosidad, etc. El autor recomienda dos obras sobre el tema, que le han motivado mucho en su estudio –publicadas ambas en 1983: la una, *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, de José Luis Peset (Ed. Crítica, Madrid); la otra, *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, de Fernando Álvarez-Uría (Tusquets Ed, Barcelona)–, que le facilitaron el trabajo de pensamiento de las relaciones entre la medicina mental, el derecho penal y la peligrosidad. Añade el autor que se ha empeñado en incluir en el libro toda la experiencia y conocimientos desarrollados durante su vida profesional y vital. Es un libro –en este sentido– recopilatorio de años de investigación –reflexión compartida con colegas y amigos– para ofrecer una visión holística. Yo conocí a Ricardo en las comidas de descanso de las XI Jornadas Nacionales de la Sección de Historia de la AEN, celebradas en Madrid, en la sede del Centro Superior de Investigaciones Científicas, los días 25 y 26 de octubre de 2018, en las que presenté un trabajo titulado: *Salud mental y memoria histórica, un duelo patológico afectado por los determinantes históricos de la salud*. Fue publicado junto con los demás por la Sección de Historia de la AEN en 2019, en un bello libro colectivo, bajo el título de: *Psiquiatría y cambio social. Apuntes para una historia reciente*. (Bilbao).

Me sabe mal cerrar esta amable invitación a la compra y lectura de esta obra, esencial para todo sanitario –psiquiatras, enfermeras, auxiliares, celadores, médicos, políticos, jueces, otros profesionales, estudiantes y público general–, sin antes mencionar a los autores que han motivado los procesos personales de aprendizaje a través de la historia, para entender y ayudar más eficientemente al enfermo y enferma. Se hallan incluidos en la excelente bibliografía que Ricardo escribe al final de su libro, desde la página 241 en adelante. Y un añadido mío muy personal: la recomendación de la lectura de las obras: *El discurso psicopatológico de la modernidad. Ensayos de historia de la psiquiatría*. (Libros de la Catarata, Madrid, 2018), de Enric Novella –cola-

borador del autor–, *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, que nuestro autor junto a Luis Montiel y Rafael Huertas publicaron en el 2007 (Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), *Historia de España Tomo III*, de José Luis Comelles, (Barcelona, RBA Ed, 2009), *Los marginados en España. Gitanos, toxicómanos, enfermos mentales, homosexuales*, coordinado por Francisco Torres González (Madrid, Ed. Fundamentos, 1978), el número 64-65 de la revista hermana *Siso Saúde*, (Vigo, Edicións Positivas Ed, invierno 2019), que publica los trabajos expuestos en las XXVIII Jornadas Nacionales de salud mental AEN bajo el título *Las fronteras*”, y el libro clásico *de las Cortes de Cádiz al Plan de Desarrollo 1808-1966*, de Ignacio Fernández de Castro, (Paris, Ruedo Ibérico Ed, 1968). Quiero decir algo: todo libro convoca a otro libro, lo remite a él porque se trata de una obra colectiva basada en anteriores libros, siempre. La obra de Ricardo no podía ser menos. En definitiva, sea como fuere, la lectura de su libro, *La sombra de la sospecha*, es una excelente oportunidad para entender los problemas actuales de las personas que pierden la salud, sus familias, los grupos, las organizaciones y la sociedad en general, desde la perspectiva de los determinantes históricos de la salud.

Florencio Moneo



De la Sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. Miradas desde Freud a Garma, dentro y fuera del Psicoanálisis.

Iñaki Markez.

Edita: Díaz de Santos • Madrid

ISBN: 978-84-9052-294-3

Si bien hace un siglo los pioneros del psicoanálisis se adentraron en la sexualidad casi como algo homogéneo, con la mirada masculina y adentrándose ocasionalmente en la homosexualidad, hoy día la diversidad en la sexualidad nos exige mayor conocimiento, pues los puntos de vista ofrecen miradas muy diferentes: desde lo biológico y reproductor, la etología sexual (la orientación o el comportamiento sexual), la sexología, lo psicológico asociado a la personalidad, la sociología sexual a través de sus vínculos. Miradas que llevan a que nos encontremos con diferentes modos de relación y prácticas con una enorme diversidad. Se trata de adentrarnos en la sexualidad humana que recibe frecuentes castigos y censuras en la vida cotidiana, incluidas y, sobre todo, desde los medios de comunicación y las redes sociales, posiblemente debido a la débil educación sexual y esa interesada perpetuación de mitos y tabúes. Se trata de opinar, reflexionar y cuestionar, cómo no, sobre los comportamientos y elecciones del cuerpo, ese lugar donde habitamos en todo momento.

No existe una esencia de la homosexualidad ni de cualquier otra diversidad sexual, como tampoco existe la esencia de una opción desde el psicoanálisis, la sexología o la psicología que pueda arrojar luz sobre estas cuestiones. Sabemos que hay identidades no binarias, pero estamos aún demasiado aferrados al binarismo como organización y como aceptación de lo que parece tal o cual persona, más allá de lo que sea. La confusión sobre estas cuestiones, ignorancia incluso, es importante en muchos sectores sociales y profesionales, con una mezcolanza de

conceptos y argumentos. Hay quienes actúan con conocimiento de causa y quienes agreden porque odian al feminismo y las teorías en torno a las personas LGTBIQ+. Conviene aclarar términos e ideas y queda en este texto el intento. Con cierto agnosticismo, este libro se adentra en estos territorios de la sexualidad y el psicoanálisis, recorriendo escritos y opiniones de Freud y de un buen número de ilustres de este campo –algunos de *los clásicos* del psicoanálisis, aunque en ocasiones fueran mujeres–, mientras en otros capítulos se recupera mayor conocimiento sobre la vida y obra del psiquiatra y psicoanalista Ángel Garma, que nació en Bilbao, se formó en Madrid y Berlín, fue al exilio de París y Buenos Aires, y terminó siendo una figura internacional en el psicoanálisis. Prolongando su conocimiento con los momentos en los que investigó y opinó sobre la sexualidad, con algunas curiosidades sobre su amigo Federico García Lorca, amistad poco conocida y escasamente divulgada.

Tras un recorrido por esta sociedad diversa, con la existencia de sexualidades diversas, con esta lectura nos hemos detenido en algunas cuestiones propias de la psicología, la psiquiatría, la sexología y el psicoanálisis, también en los recursos terapéuticos. Cada persona es muy libre de vivir y sentir su sexualidad, con sus derechos sexuales, incluidos los reproductivos, así como a una educación, información y atención sexuales si las precisa, libres de discriminación. Sin comportamientos fóbicos desde sector social alguno, sin discriminación por razón de orientación e identidad sexual. Con derechos a no tener impuesta ni presuponer nuestra heterosexual-

lidad, excluyendo opciones a sexualidades no normativas. Permitirse mujer, o bien gay, trans, lesbiana, bisexual, heterosexual, género *queer*, lo que quiera o sienta ser, en una sociedad con relaciones sexuales y sociales muy diversas, que van mucho más lejos de la reproducción sexual, por muy “natural” que se presente. Desde una perspectiva inclusiva, con un lenguaje que reco-

nozca la diversidad sexual, se hace necesario, sin encerrarnos en argumentos dominados por moralismos o apoyaturas biológicas y sanitarias. Nuestra decisión sobre la diversidad sexual está en cada cual.



Abrazar al monstruo. Manual del método psicoterapéutico NUR para el tratamiento del trauma.

Nuria Montejo Moreno.

Edita: Caligrama

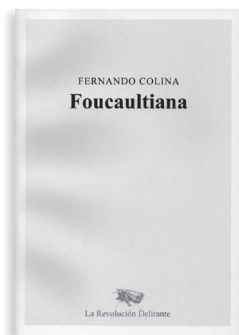
ISBN: 978-84-1843594-2

Este manual intenta concentrar en pocas páginas algo infinito; una manera de hacer psicoterapia en la que el cuerpo nos guía de forma muy precisa hacia los traumas del paciente. Comencé a comprobar en la consulta que a las personas les faltan trocitos de sí mismas que se quedaron en la memoria traumática. Es integrando esos fragmentos de memoria, tanto corporal como emocional y cognitiva cómo transformamos y encontramos al ser auténtico que grita por salir.

“¿Cómo identificar e integrar esos fragmentos?” Es esto lo que te explica el libro. El método NUR es un método enfocado en el tratamiento del trauma y patologías asociadas como ansiedad, depresión y somatización. Intenta llegar al trauma más nuclear a través de un estado alterado de conciencia, atendiendo a las sensaciones corporales y buscando la integración de las diferentes partes individuales y sistémicas.

La pregunta: “¿Cómo de presente estas aquí ahora de 0 a 100?”, nos guía, junto con la posición ocular, hacia la parte no presente que se rompió, se cerró o se desconectó. Es esa la parte que está pidiendo volver e integrarse a través de los síntomas. Una vez localizada la activación corporal comienza la búsqueda a través de los siete ejercicios del método.

A la autora, su camino de la vida le ha llevado a diferentes partes del mundo encontrando terapias que ayudaban a aliviar el sufrimiento humano. Su viaje a México a conocer culturas nativas, como el contacto con el antropólogo Hank Weeselman en Esalen Institute de California le abrieron las puertas al mundo mágico que ella traía. Impulsora del método psicoterapéutico NUR, en la actualidad realiza un Estudio comparativo de esta metodología frente al método cognitivo conductual.



Foucaultiana.

Fernando Colina.

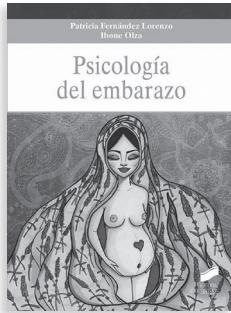
Edita: Garbuix Books, La Revolución Delirante • Valladolid, 2019
ISBN: 978-84-0915-418-0

Vivimos tiempos en los que el malestar individual queda despojado de su componente subjetivo y social. El diagnóstico psiquiátrico no sólo descontextualiza a las personas, sino que es la excusa para la privación de derechos y la aniquilación de identidades. La Revolución Delirante pretende ser un testigo crítico de esta realidad para, desde dentro, intentar cambiarla. Foucaultiana pretende contribuir a ello.

La obra de Michell Foucault (1926-1984) gravita sobre la concepción y las prácticas de la psiquiatría. En este libro se estudia su pensamiento y su repercusión en tres dominios de la salud mental: la locura, la sexualidad y la subjetividad.

Estudioso de la historia de la locura, crítico del poder psiquiátrico, avanzado exponente de las nuevas sexualidades, e investigador pionero de la historia de la subjetividad, la influencia de Fernando Colina es notoria y creciente en el seno de la psiquiatría crítica. Figura controvertida, su estímulo transgresor y provocador ha oficiado como una inspiración constante para quienes, ante todo, conciben la disciplina como un proyecto de emancipación y libertad.

Para Fernando Colina, “la psiquiatría es una disciplina fronteriza que necesita, seguro, mantener buenas relaciones con los saberes positivos, pero también recuperar lo antes posible su diálogo con las ciencias humanas, inequívocamente una de sus fuentes principales de inspiración” (Colina, 2007). Su obra es una contribución al esfuerzo de “enlazar las ideas de la psiquiatría con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas: psicoanálisis, antropología, lingüística, historia, literatura o filosofía” (Colina, 2008). Para Colina, “cada caso es un riesgo que rompe con la posibilidad de generalización científica, ni deductiva ni inductiva. Cada enfermo es un experimento que desmiente lo que sabíamos y que nos invita a seguir aprendiendo del resto de los saberes que moldean la cultura”. Estamos ante un muy notorio editor y divulgador del pensamiento psicopatológico. Ha sido director de la edición de la Colección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y editor de muchos de los Clásicos de la Psiquiatría de la editorial DOR. Actualmente sigue su labor editorial a través de Los alienistas del Pisuerga (junto a José M^a Álvarez y Ramón Esteban), o anteriormente, su labor como director de la Revista de la AEN.



Psicología del embarazo desde una perspectiva sistémica.

Ibone Olza, Patricia Fernández Lorenzo.

Editorial: Síntesis • 2020

ISBN: 978-84-1357-055-6

La psicología del embarazo es un área en construcción. El embarazo, como crisis del desarrollo, ofrece una oportunidad de crecimiento y transformación. A partir de las aportaciones de la psicología y de las neurociencias, pretendemos poner luz en esta movilizadora etapa. Damos aquí voz a las madres para seguir aprendiendo de ellas. Partimos de un encuadre ecosistémico como marco para explicar la vivencia de madre y bebé como díada en desarrollo. Proponemos una mirada abierta e integradora e incorporamos perspectiva de género para ofrecer un acompañamiento que respete y cuide las necesidades de cada mujer.

Conocer los procesos psíquicos del embarazo sirve para ofrecer una atención integral basada en el respeto y en la evidencia científica. Saber reconocer lo que cabe esperar en la gestación a nivel emocional facilita prevenir el sufrimiento y la psicopatología tanto en la madre como en la criatura y en quienes las apoyan emocionalmente. Con cada bebé nace una madre en su nueva identidad. Sosteniendo y cuidando, nace también una familia. Las autoras, -junto a Susanna Carmona, han logrado una obra de obligada lectura para todas/os las/os profesionales de la salud que se dediquen a trabajar con mujeres en etapa pre y perinatal.

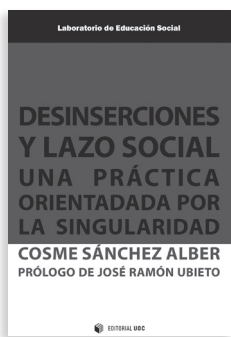
La obra hace un abordaje completo sobre lo que, desde la psicología sanitaria y la psicología del embarazo, se ha dicho al respecto. Proponiéndonos, en primer lugar, una perspectiva ecosistémica como la manera más integral de abordar el proceso psíquico de la gestación, puesto que no somos personas aisladas y nuestra individualidad está marcada por la cultura, la sociedad, el sistema de salud, el entorno sociolaboral, la comunidad y la familia. También nos presentan un

recorrido exhaustivo por la psicopatología que puede darse en el embarazo, con prevalencias, planes de actuación y evidencia científica reciente. Uno de los elementos más llamativos es que la mirada se hace desde el modelo de los cuidados sensibles con el trauma, planteando que esos desequilibrios psíquicos han tenido su origen en experiencias vitales significativas del pasado no resueltas, y aparecen con la intención de llevar a la mujer hacia una sanación de dichos conflictos, siendo el embarazo un período potencialmente transformador que empuja a las gestantes a resolver determinadas problemáticas para asumir la crianza con menos peso en su mochila emocional. Y he aquí nuevamente la bella lección: cuidar de las madres, escucharlas sin prejuicios, ni etiquetas, y resaltar el potencial sanador de lo que están viviendo. El libro culmina con capítulos dedicados a la atención de la salud mental y a la psicoterapia durante la gestación. Aquí las autoras desarrollan, desde su perspectiva, cuáles son las habilidades que, como profesionales que acompañamos a mujeres, deberíamos tener, haciéndonos un repaso de conceptos clave dentro del quehacer psicoterapéutico, y desarrollando algunos aspectos perinatales a explorar que deben ser incluidos en la entrevista clínica para realizar una buena valoración de la salud mental materna y que servirán, más adelante si es el caso, como hoja de ruta en el proceso psicoterapéutico. Recalcan que el embarazo es un tiempo de creaciones, en plural, con todo lo que esto conlleva, siendo la psicoterapia un momento de encuentro en el que se construye una relación especial que permite profundizar en algunos aspectos de la propia historia de vida y del propio psiquismo, generando, en un corto período de tiempo, reparaciones, elaboraciones y resoluciones importantes para la mujer.



La invitación es a acompañar a que las mujeres vivan este período conectadas con el autocuidado, el bienestar y el placer. No se trata de una propuesta ingenua, en absoluto. Los malestares que puedan surgir durante el embarazo deben tener cabida, deben estar permitidos y ubicarse incluso como eventos necesarios para generar una conciencia diferente; pero el acompañamiento como profesionales ha de promover las conductas de autocuidados y la sensación de una aceptación incondicional dentro de una relación segura y contenedora, donde la vivencia de la madre es la protagonista. Nuevamente la mirada ha de ir a la mujer, su vivencia y sus sentires durante la gestación. Así, nos presentan las bases de lo que sería la psicoterapia perinatal ecosistémica, un aporte nove-

doso dentro del marco de conocimiento existente en la psicoterapia y en la atención en el embarazo. *Psicología del Embarazo*, aporta un corpus teórico consistente, estructurado y actualizado sobre la psicología de la gestación y los múltiples factores a tener en cuenta, y además lo hace desde una sensibilidad exquisita y desde el compromiso de un quehacer profesional, en el que otras maneras de obrar son posibles, colocando a las mujeres que gestan y a su experiencia en el centro, dándoles voz -como de hecho lo hacen a lo largo del libro, con testimonios de riquísimo valor-, y reivindicando la hermosa labor de la gestación y la necesidad del cuidado que como sociedad y como profesionales de la salud les debemos a las embarazadas.



Desinserciones y lazo social. Una práctica orientada por la singularidad.

Cosme Sánchez Alber.

Editorial UOC, Laboratorio de Educación Social • Barcelona, 2021

ISBN: 978-84-9180-832-9

La potencia del discurso neoliberal hace obstáculo a la vida, que deviene prescindible, superflua y desechable. El control de las poblaciones, el etiquetaje de personas o la burocracia producen efectos de segregación y domesticación muy notables, tanto en el colectivo de profesionales como en los sujetos atendidos, dejando poco espacio para prácticas éticas y de justicia social. Este libro propone una serie de argumentos frente a las dificultades que conlleva la práctica del acompañamiento. En cualquier caso, no se trata de fórmulas universales o definitivas sino más bien de prácticas posibles sometidas a la discusión, a la crítica y al debate colectivo.

El acto clínico, educativo y social se justifica en el caso por caso, en el uno por uno. Su eficacia ha de ser contrastada y puesta a prueba en cada caso concreto, en cada ocasión. Una tarea compleja sobre la que cada practicante responderá desde

su ética, su acto y el discurso que lo soporta. Cada disciplina está abocada a discutir con su propia oscuridad, a generar sus propios interrogantes y obstáculos, a partir de los cuales puede hacer avanzar una práctica, una ciencia y una ética. Una práctica, la nuestra, que trata precisamente de los obstáculos de cada uno, de nuestras dificultades y de nuestros tropiezos. Este libro trata de aislar algunas de estas dificultades para proponer nuevas formas de hacer, de vivir y de pensar nuestra práctica; habitar nuestra época. Porque ¿cómo situarnos frente a las paradojas y contradicciones en la relación asistencial? Este libro interroga algunas de las relaciones posibles entre el sujeto, la institución y la ética a partir de una práctica orientada por la singularidad en el campo de las desinserciones sociales. Una brújula que permitirá orientarnos frente a los procesos emergentes de homogeneización y segregación en los territorios de la educación social, la salud mental comunitaria y el trabajo con el otro.

Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: revistanorte@ome-aen.org

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.gov/nccid/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

Centro de trabajo

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

IBAN/Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20 Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



asociación de
profesionales de
salud mental
de **Cantabria**



S.A.S.M.

salud mental



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSM ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA